

# **Barns medbestemmelse i medisinske spørsmål - illustrert gjennom HPV-vaksinasjonen**



Universitetet i Oslo  
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 524  
Leveringsfrist: 25.04.11

Til sammen 17048 ord

17.04.2011

# Innholdsfortegnelse

<b><u>1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b><u>1</u></b>
1.1	Presentasjon av temaet	1
1.2	Avgrensninger	2
1.3	Rettskildebildet	3
1.4	Veien videre	4
<b><u>2</u></b>	<b><u>BARNES RETT TIL Å BLI HØRT – INTERNASJONALE BESTEMMELSER</u></b>	<b><u>5</u></b>
2.1	Barnekonvensjonen art 12	6
2.1.1	Retten til informasjon	8
2.1.2	Vekten av barnets mening	9
2.2	Barnets beste – barnekonvensjonens art 3 nr 1	10
2.2.1	Forholdet til art 12	13
<b><u>3</u></b>	<b><u>BARNELOVEN</u></b>	<b><u>14</u></b>
3.1	Innholdet av barnets rett	15
3.2	Vekten av barnets mening	17
<b><u>4</u></b>	<b><u>PASIENTRETTIGHETSLOVEN</u></b>	<b><u>18</u></b>
4.1	Den medisinske myndighetsalder	19
4.2	Samtykke på vegne av barn	19
4.3	Unntaket – pasientrettighetsloven § 3-4(2)	22
4.3.1	Grunner som bør respekteres	24
4.3.2	Unntak fra unntaket	25
4.4	Medbestemmelse	26

4.4.1	Betydningen av ulike aldersgrenser for barns medbestemmelsesrett	28
4.4.2	Den relative grensen	30
4.4.3	Barnets faktiske innflytelse	33
4.4.4	Når barnet ikke er pasient	35
4.4.5	Konsekvenser av brudd på barns medbestemmelsesrett	36
<b>4.5</b>	<b>Informasjon</b>	<b>37</b>
4.5.1	Informasjonens form	39
<b><u>5</u></b>	<b><u>HPV-VAKSINEN</u></b>	<b><u>41</u></b>
<b>5.1</b>	<b>Konsekvensen av konflikt mellom barn og foreldre</b>	<b>42</b>
5.1.1	Har jentene nektelsesrett?	43
5.1.2	Bør jentene gis utvidet samtykkekompetanse?	46
<b>5.2</b>	<b>Rettslige konsekvenser av seksuell debut</b>	<b>48</b>
5.2.1	Helsesøsters informasjonsplikt	50
<b><u>6</u></b>	<b><u>AVSLUTNING – TEORIEN OG DET VIRKELIGE LIV</u></b>	<b><u>51</u></b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>LITTERATURLISTE</u></b>	<b><u>54</u></b>

## 1 Innledning

### 1.1 Presentasjon av temaet

For barn er det ingen menneskerettighet å få bestemme, men å *være med på å bestemme*. Norge har lenge vært et foregangsland i arbeidet med barns medbestemmelsesrett, og barn er gitt en rett til å bli hørt på stadig flere områder. De svært personlige avgjørelsene som fattes på det medisinske området gjør barns medbestemmelsesrett viktig for å ivareta barnet i møtet med helsevesenet. Medbestemmelsesrett har betydning for barns mulighet til å utvikle seg som selvstendige individer. Det rettslige utgangspunktet er at alle har rett til å bestemme i spørsmål vedrørende egen person. Barn har i motsetning til voksne ikke de nødvendige forutsetningene for å treffe avgjørelser i alle spørsmål. Barn gis derfor en medbestemmelsesrett istedenfor en rett til selvbestemmelse. Medbestemmelsesretten skiller seg fra selvbestemmelse ved at barna gis en rett til å si sin mening, men deres mening skal ikke automatisk følges. Retten til medbestemmelse er viktig for å ivareta barnets mening i avgjørelser der andre har den formelle beslutningskompetansen.

Fra og med skoleåret 2009/2010 ble HPV-vaksinen innført som en del av barnevaksinasjonsprogrammet for jenter i 7 klasse.<sup>1</sup> HPV-vaksinen gis for å forebygge livmorhalskreft. 250-300 kvinner får hvert år denne sykdommen, og for 75-100 av disse får sykdommen et dødelig utfall.<sup>2</sup> Myndighetene anbefaler vaksinasjon, men vaksinen er frivillig, og det er jentenes foreldre som har samtykkekompetansen. Siden det er foreldrene som har den formelle samtykkekompetansen er vi inne i kjernen av barns medbestemmelsesrett. Innføringen av HPV-vaksinen gir en mulighet til å vise de praktiske konsekvensene av barns medbestemmelsesrett.

Oppgaven vil gjøre rede for gjeldene rett vedrørende barns medbestemmelsesrett i medisinske spørsmål. Både de internasjonale bestemmelsene i barnekonvensjonen, og

---

<sup>1</sup> Folkehelseinstituttets informasjonshefte til barn og foreldre(2010) s 2

<sup>2</sup> Ibid s 3

de nasjonale bestemmelsene vil i denne sammenheng bli behandlet. Videre vil de praktiske konsekvensene av reglene illustreres gjennom HPV-vaksinasjonen. Særskilte problemstillinger tilknyttet HPV-vaksinen vil også bli omtalt.

## 1.2 Avgrensninger

Oppgaven vil behandle medbestemmelse i spørsmål om frivillig helsehjelp. Med frivillig helsehjelp forstås her helsehjelp som kun iverksettes etter et gyldig samtykke.<sup>3</sup> De særskilte problemstillingene som reiser seg i spørsmål om tvungen medisinsk behandling vil derfor ikke bli behandlet. Det avgrenses videre mot øyeblikkelig hjelp, jf helsepersonelloven(lov av 02. juli 1999 nr 64) § 7. Situasjoner som krever øyeblikkelig hjelp er særegne, og oppstiller særskilte problemstillinger.

Ved medisinske spørsmål er det flere enn barn som ikke har samtykkekompetanse. Det vil blant annet være tilfellet for andre umyndige enn mindreårige. I denne oppgaven er det kun problemstillingene knyttet til barn under den medisinske myndighetsalder som vil bli behandlet. Det avgrenses derfor mot personer som av andre grunner mangler samtykkekompetanse.

Barn er per definisjon mennesker i alderen 0-18 år, jf FNs konvensjon om barnets rettigheter(barnekonvensjonen) art 1. Den medisinske myndighetsalder er 16 år, jf pasientrettighetsloven (lov av 02. juli 1999 nr. 63) § 4-3(1) bokstav b. Medbestemmelse for barn i medisinske spørsmål vil derfor i all hovedsak være aktuelt for barn i alderen 0-16 år.

Oppgaven avgrenses videre mot forskning på barn etter helseforskningsloven(lov av 20.juni 2008 nr 44). Forskning på barn er et vanskelig og viktig prinsipielt område. Siden jeg har valgt å illustrere barns medbestemmelsesrett i medisinske spørsmål ved HPV-vaksinasjonen, vil en redegjørelse for reglene om forskning på barn gå utover rammene for denne oppgaven.

---

<sup>3</sup> Aasen(2008) s 5

### 1.3 Rettskildebildet

Barns medbestemmelsesrett er i stor grad lovfestet. På et overordnet nivå reguleres barns medbestemmelsesrett av barnekonvensjonen art 12. Barnekonvensjonen ble i 2003 inkorporert gjennom menneskerettighetsloven (lov av 21. mai 1999 nr 30), og skal ved motstrid gis forrang fremfor annen norsk lovgivning, jf menneskerettighetsloven § 3, jf § 2 nr 4.

FNs barnekomité overvåker statenes etterlevelse av barnekonvensjonen. Statene har rapporteringsplikt til komiteen. På bakgrunn av statenes rapporter og barnekomiteens offisielle sesjoner utgir barnekomiteen concluding observations(anbefalinger) til statene.<sup>4</sup> Disse anbefalingene er ikke rettslig bindende for konvensjonens parter.<sup>5</sup> Det er ingen individklageordning tilknyttet barnekonvensjonen.

Barnekomiteen er videre barnekonvensjonens øverste autoritative tolkningsorgan. Til hjelp ved tolkningen av barnekonvensjonen utgir barnekomiteen General Comments. Disse er et viktig tolkningsverktøy. Heller ikke General Comments er rettslig bindende, men de tillegges stor vekt ved tolkningen og anvendelsen av konvensjonen.<sup>6</sup> Barnekomiteens General Comments omhandler enten tolkning av enkelt artikler, eller uttalelser om særlige viktige generelle spørsmål i forbindelse med barnekonvensjonen. I denne oppgaven har særlig General Comment No 12 Childrens Right to be heard og General Comment No 7 Implementing child rights in early childhood, hatt betydning som verdifulle kilder.

I personlige forhold, utover de tilfellene som er regulert i særlovgivningen, reguleres barns medbestemmelsesrett av barneloven (lov av 8. april 1981 nr. 7) § 31. På det medisinske området reguleres barns medbestemmelse av pasientrettighetsloven § 4-4. Pasientrettighetslovens § 4-4 er for det medisinske området *lex specialis*.

Siden barns medbestemmelsesrett i stor grad er lovfestet, har lovteksten med tilknyttede forarbeider hatt en fremtredende rolle i oppgavens rettskildelandskap. Forarbeidene er

---

<sup>4</sup> Smith(2008) s 19-20

<sup>5</sup> Ibid s 20

<sup>6</sup> Ibid s 22

benyttet til å belyse og uttype bestemmelsenes ordlyd. Også forvaltningens rundskriv har vært et viktig kildemateriale for å uttype oppgavens problemstillinger.

Barns medbestemmelsesrett er i liten grad belyst i rettspraksis. De sakene som omhandler barns medbestemmelsesrett er i all hovedsak tilknyttet barneloven § 31. Så vidt meg bekjent finnes det ingen rettsavgjørelser der barns medbestemmelse i medisinske spørsmål er behandlet. Siden oppgavens tema ikke har vært oppe i rettspraksis har den omfattende juridiske litteraturen som foreligger på området vært et viktig kildemateriale. Mange av de teoretiske fremstillingene redegjør for barns medbestemmelsesrett mer allment, men også barns medbestemmelsesrett innen det medisinske området er behandlet i teorien.

I forbindelse med HPV-vaksinen har folkehelseinstituttets informasjonsmateriell, og den omfattende diskusjonen som har foregått både i media og mellom faginstitusjoner vært et verdifullt kildemateriale. Folkehelseinstituttets informasjonsmateriell har særlig vært benyttet til å gi den medisinske innsikten i vaksinens formål, virkning og bivirkninger.

#### 1.4 Veien videre

I denne oppgaven vil jeg redegjøre for gjeldene rett om barns medbestemmelse i medisinske spørsmål. Barns rett til å bli hørt etter barnekonvensjonens art 12, og det grunnleggende prinsippet om barnets beste vil innlede redegjørelsen. Med de internasjonale bestemmelsene som bakteppe vil den generelle regelen i barneloven bli behandlet, før temaet spesialiseres ytterligere gjennom vurderingen av pasientrettighetslovens regler for medbestemmelse. Videre vil den overordnede teoretiske plattformen bli forlatt, til fordel for de praktiske og særskilte problemstillingene tilknyttet HPV-vaksinasjonen. Etter å ha gått veien fra det generelle og overordnede, via det spesiell og praktiske, vil oppgaven bli avsluttet med et blikk mot fremtiden.

## **2 Barns rett til å bli hørt – internasjonale bestemmelser**

Den 20.november 1989 fikk verdens barn en egen menneskerettighetskonvensjon. FN konvensjonen om barnets rettigheter, bedre kjent som barnekonvensjonen, er i dag ratifisert av alle verdens land med unntak av USA og Somalia. Norge ratifiserte konvensjonen i 1991. Ratifikasjonen av barnekonvensjonen utgjør en juridisk forpliktelse. Det innebærer at partene må foreta de nødvendige lovendringene for å sikre barns rett.<sup>7</sup>

Barn er på lik linje med voksne beskyttet av de øvrige menneskerettighetskonvensjonene, men barns sårbarhet gjør at de har behov for særskilt beskyttelse. Barnekonvensjonen tok sikte på å skreddersy menneskerettighetene for barn, og gjennom dette imøtekomme barns særskilte beskyttelsesbehov. I tidligere tider ble barn sett på som mennesker som trengte beskyttelse, men som ikke hadde egne rettigheter. I et rettslig perspektiv var barnet kun et objekt og ikke et subjekt. På dette punktet utgjorde barnekonvensjonen en nyvinning. Barn fikk ikke bare beskyttelse, men fikk også selvstendige rettigheter og mer autonomi.<sup>8</sup> Rettighetene resulterte i at barn ikke lenger ble sett på som objekter, men at de nå ble sett på som subjekter med egne tanker og meninger som må tas hensyn til.

En av rettighetene barn fikk gjennom barnekonvensjonen var retten til å bli hørt, jf barnekonvensjonen art 12. Art 12 gir barn en rett til å være med på å bestemme i spørsmål som vedrører dem. I flere kulturer var dette i strid med det tradisjonelle synet på forholdet mellom barn og foreldre. Ved å utfordre det tradisjonelle synet på barns rolle ble art 12 en kontroversiell bestemmelse.<sup>9</sup> I de senere år har barns rolle som aktive deltakere i samfunnet blitt en viktig del av barns medbestemmelsesrett. Denne utviklingen er heller ingen selvfølge, og er med på å sørge for at art 12 fortsetter å utfordre tradisjonell tenkning om synet på barns rolle i samfunnet.

Sammen med retten til liv og utvikling(art 6), prinsippet om barnets beste(art 3 nr 1) og retten til ikke-diskriminering(art 2) utgjør barnets rett til å bli hørt etter art 12 de fire

---

<sup>7</sup> General Comment nr.12 avsnitt 15

<sup>8</sup> Sandberg(2008) s 77

<sup>9</sup> Smith(2006) s 116



grunnleggende prinsippene i barnekonvensjonen.<sup>10</sup> Læren om de fire grunnleggende prinsippene fremkommer ikke direkte av barnekonvensjonen, men er utarbeidet av FNs barnekomité.<sup>11</sup> Det har ikke direkte rettslige konsekvenser at retten til å bli hørt utgjør et av de fire grunnleggende prinsippene i barnekonvensjonen. Det generelle innholdet i de fire bestemmelsene gjør det allikevel hensiktsmessig å legge disse til grunn ved tolkningen, og gjennomføringen av de andre rettighetene etter konvensjonen.<sup>12</sup>

Den 20.juli 2009 utga barnekomiteen General Comment Nr 12 om barnekonvensjonen art 12. Denne går igjennom hvordan forpliktelsene etter art 12 skal forstås, og kommer med forslag til hvilke tiltak som bør gjennomføres for å sikre barns rett til å bli hørt. General Comment nr 12 er et viktig bidrag for å sikre barns rett til likebehandling. Ved å utgi retningslinjer for tolkningen sørger, barnekomiteen for at retten til å bli hørt innebærer det samme for barn i Norge som for barn i Taiwan.

## 2.1 Barnekonvensjonen art 12

Alle barn er avhengige av sine foreldre. I den første delen av livet er denne avhengigheten absolutt og barnet er hele tiden prisgitt de voksnes omsorg. I løpet av oppveksten blir denne avhengigheten gradvis redusert, frem til det punkt der barnet er likeverdig og selv voksen.

Det er ingen menneskerett for barn å få bestemme i alle spørsmål som angår dem, men det er en menneskerettighet å få *være med på å bestemme*. Gjennom art 12 gis barn en rett til å uttale seg og bli tatt på alvor. Muligheten til ikke å bli overkjørt, men til å være med å styre.

Etter art 12 skal alle barn ”som er i stand til å danne seg synspunkter” gis mulighet til å uttale seg. Barnekonvensjonen oppstiller dermed ingen fast aldersgrense for når barn har rett til å bli hørt. Det må vurderes konkret for hvert enkelt barn om barnet er i stand

---

<sup>10</sup> General Comment nr.12 avsnitt 2

<sup>11</sup> General Comment nr.5 avsnitt 12

<sup>12</sup> General Comment nr.12 avsnitt 2

til å danne seg synspunkter. I vurderingen må det tas hensyn til hvilke spørsmålet som skal vurderes. Et lite barn har forutsetninger for å uttale seg om enkle spørsmål, for eksempel om det vil ha på seg gul eller grønn genser. Kompliserte spørsmål har små barn derimot ikke forutsetninger for å uttale seg om. Barnekomiteen uttaler at formuleringen ikke skal tolkes som noen begrensning.<sup>13</sup> Tanken bak den vide formuleringen er heller å tvinge partene til å vurdere om barnet er i stand til å danne seg synspunkter i akkurat dette spørsmålet.<sup>14</sup> Faren ved å oppstille en fast aldersgrense er at barn under denne grensen kanskje ikke vil bli vurdert, og at aldersgrensen blir en hvilepute for de som skal vurdere barns medbestemmelsesrett.

Barns rett til å uttale seg etter art 12 gjelder i alle ”forhold som vedrører barnet”. Dette er et vidtrekkende kriterium, og vil dekke en rekke heterogene forhold. Barnekomiteen uttaler i sin generelle kommentar at dette uttrykket skal tolkes vidt.<sup>15</sup> En vid tolkning “... affecting the child and children helps to include children in the social processes of their community and society”.<sup>16</sup> I en del situasjoner vil det være helt klart at saken vedrører barnet, for eksempel ved spørsmål om fast bosted og om medisinsk behandling. I andre tilfeller vil det ikke ligge like klart i dagen, for eksempel ved spørsmål om det skal bygges ny svømmehall i bygda. Eksemplet illustrerer også at art 12 ikke bare gir rett til det enkelte barn, men også til barn som gruppe.<sup>17</sup> Tolkningen av ”forhold som vedrører barnet” får stor betydning for barns rett til å bli hørt, og en snever tolkning vil raskt innskrenke bestemmelsens anvendelsesområde. Barnets rett til å uttale seg er ikke avhengig av at det fattes en formell beslutning i saken.<sup>18</sup>

Retten til å bli hørt forutsetter ikke at barnet kan danne seg velbegrunnede synspunkter om alle deler av saken. Barnet skal gis anledning til å uttale seg så lenge det er i stand til å danne seg synspunkter om deler av spørsmålet.<sup>19</sup> Et eksempel kan illustrere dette. Et lite barn har ingen forutsetning for å kunne uttale seg om valg av behandlingsform, og hvilke konsekvenser det valget vil ha for fremtiden. Men barnet kan uttale seg om

---

<sup>13</sup> General Comment nr.12 avsnitt 20

<sup>14</sup> I.c

<sup>15</sup> General Comment nr.12 avsnitt 26

<sup>16</sup> Ibid. avsnitt 27

<sup>17</sup> Sandberg(2008) s 78

<sup>18</sup> Ibid. s 80

<sup>19</sup> General Comment nr.12 avsnitt 21

hvordan det er å være på sykehus, om den ene undersøkelsen gjør mer vondt enn den andre ol. Barnet skal derfor gis mulighet til å uttale seg, selv om det ikke kan ta innover seg hele sakskomplekset. For å sikre at barnets rett ivaretas, forplikter partene seg til å utdanne kvalifisert personell til å høre barna.<sup>20</sup>

En viktig del av barnets rett til å bli hørt er at barnet skal stå ”fritt” til å gi uttrykk for sine synspunkter. Dette innebærer at barnet kan velge om det ønsker å benytte seg av retten.<sup>21</sup> Barnet har en rett til å uttale seg, men ingen plikt. Videre innebærer retten til ”fritt” å kunne uttale seg at retten skal gjennomføres uten noen form for tvang, og uten frykt for represalier på bakgrunn av det barnet har uttalt.<sup>22</sup>

### 2.1.1 Retten til informasjon

Retten til informasjon er en forutsetning for barns rett til medbestemmelse. Det er en forutsetning for å kunne uttale seg om et spørsmål, at man har den nødvendige informasjon tilgjengelig.<sup>23</sup> Barn har krav på den informasjonen de trenger for å kunne innta et begrunnet standpunkt.<sup>24</sup> Retten til informasjon fremkommer ikke direkte av art 12, men det ligger i rettighetens natur at dette er en viktig forutsetning.<sup>25</sup> Dersom barn ikke gis tilgang til den nødvendige informasjonen vil dette utgjøre et kraftig innhugg i deres mulighet til å benytte medbestemmelsesretten.

Barns krav på informasjon har to elementer. For det første må informasjonen være tilgjengelig, og for det andre må informasjonen være tilpasset barns behov. Behovet for tilpasset informasjon kan særlig by på utfordringer i forbindelse med medisinske spørsmål. Ofte innebærer redegjørelsen for et medisinsk problem vanskelige faguttrykk og beskrivelser av bivirkninger. Dette er med på å gjøre informasjonen vanskelig tilgjengelig. Ved medisinske spørsmål er situasjonen ofte den at foreldrene heller ikke har kompetanse til å veilede barna. På det medisinske området må det derfor stilles

---

<sup>20</sup> General Comment nr.12 avsnitt 49

<sup>21</sup> General Comment nr.12 avsnitt 22

<sup>22</sup> I.c

<sup>23</sup> General Comment nr.12 avsnitt 25

<sup>24</sup> Ibid. avsnitt 16

<sup>25</sup> Sandberg(2008) s 93

strengt krav til informasjonen som gis. Hensikten med å informere er å gi barna et best mulig grunnlag for å kunne benytte sin medbestemmelsesrett.

Tilpassing av informasjon kan skje i flere former. En viktig del av tilpassningen er forenkling av stoffet, slik at det er lettere tilgjengelig for barn. I denne sammenheng oppstår det fare for at informasjonen forenkles så mye at spørsmålet mister sin kompleksitet. Ved vurderingen av retten til informasjon må det også tas hensyn til barnets mulighet til å danne seg synspunkter dersom det gis særskilte hjelpemidler. Mulige hjelpemidler kan være døvetolk, vanlig tolk og informasjon i blindeskrift. Hjelpemidler gjør informasjonen tilgjengelig. Gjennom den tilpassede informasjonen gis barna mulighet til å danne seg synspunkter i flere spørsmål enn de ellers ville hatt forutsetninger for. Statene er forpliktet til å høre funksjonshemmede barn og minoritetsbarn på lik linje med alle andre barn. Dette stiller krav til tilrettelegging, og anerkjennelse av utradisjonelle kommunikasjonsmetoder.<sup>26</sup>

### 2.1.2 Vekten av barnets mening

Det ligger i medbestemmelsesrettens natur at barnets mening ikke kan bli avgjørende i alle saker. Etter art 12 skal barnets mening tillegges ”behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet”. Siden alder alene ikke er avgjørende for vekten tar art 12 hensyn til at det ikke er barnets alder alene som avgjør barnets forståelsesevne.<sup>27</sup> Hvert enkelt barn skal vurderes konkret.<sup>28</sup> Dette innebærer at det ikke generaliseres over barns modningsnivå. Vekten som tillegges barnets mening kan være den samme om det er meningen til en moden 8-åring, eller til en umoden 10-åring som skal vurderes.

Det byr på utfordringer å vurdere et barns modningsnivå. FNs barnekomité definerer modenhet i tilknytning til art 12 som ”... the capacity of a child to express her or his views on issues in a reasonable and independent manner”.<sup>29</sup> Modenhet er skjønnsmessig og relativt. Ved offentlige avgjørelser er det derfor viktig at det er voksne med

---

<sup>26</sup> General Comment nr.12 avsnitt 21

<sup>27</sup> Ibid. avsnitt 29

<sup>28</sup> General Comment nr.12 avsnitt 29

<sup>29</sup> Ibid. avsnitt 30

barnekyndig kompetanse som foretar vurderingen av barnets modenhet. I mindre formelle sammenhenger må man stole på at foreldrene kjenner sine barn best. I vurderingen av hvilke vekt som skal tillegges barnets mening må det også tas hensyn til om dette er en mening barnet har fastholdt over tid, om barnets mening er godt begrunnet, og hvilke spørsmål som er oppe i det konkrete tilfellet.<sup>30</sup>

At vekten knyttes opp mot det skjønnsmessige begrepet modenhet i tillegg til alder, kan by på problemer i det praktiske liv. Dommere, leger, saksbehandlere osv skal ofte ta stilling til dette spørsmålet etter kort tid sammen med barnet. Det kan derfor stilles spørsmål ved om de har en reell mulighet til å foreta denne vurderingen.

Barnets mening må tillegges vekt for at retten til å bli hørt skal være reell for barna. En rett til å si sin mening har liten selvstendig verdi dersom ingen tar hensyn til de meningene barna gir uttrykk for. Et problem i praksis er at barnets mening ikke tillegges behørig vekt selv om barnet både er gammelt og modent nok. For å motarbeide dette må beslutningstakerne bevisstgjøres barns rett, og det må utarbeides kontrollrutiner slik at det er mulig å etterprøve at barnets mening er tillagt vekt i den enkelte avgjørelse.

## 2.2 Barnets beste – barnekonvensjonens art 3 nr 1

Barnets beste er et av de mest grunnleggende begrepene i barneretten. Begrepet fremkommer i en rekke bestemmelser både nasjonalt og internasjonalt. Det fremgår av barnekonvensjonen art 3 nr 1 at ”Ved alle handlinger som berører barn ... skal barnets beste være et grunnleggende hensyn”. De juridiske konsekvensene av prinsippet er at alle handlinger som berører barn skal foretas på en måte som er til det beste for barnet.<sup>31</sup> I tillegg skal barnets beste veie særlig tungt i forhold til andre interesser i vurderingene som foretas.

Begrepet er generelt, og ordlyden gir liten veiledning til hvordan begrepets innhold skal fastlegges. I motsetning til art 12 gir art 3 nr 1 ikke bilde av en håndfast rettighet.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Sandberg(2008) s 94

<sup>31</sup> General Comment nr 12 avsnitt 70

<sup>32</sup> Haugli(2008) s 47

Ordlyden forespeiler en konkret vurdering. En naturlig språklig forståelse tilsier at det er det enkelte barn som skal være i fokus, og ikke barn som sådan, jf *barnets* beste. Det innebærer at vurderingen vil kunne endre seg avhengig av hvilket barn man har med å gjøre.<sup>33</sup>

Barnekonvensjonen art 3 nr 1 gjelder for nesten alle verdens barn, uavhengig av religion, land og kulturell tilhørighet. Innholdet av et begrep som skal gjelde for barn i så mange situasjoner kan selvsagt vanskelig gis et generelt og entydig innhold.<sup>34</sup> I sitt kapittel *Hensynet til barnets beste* uttaler Trude Haugli at; ”Hva som er best for barn, er i bunn og grunn verdispørsmål av allmennmenneskelig karakter.”<sup>35</sup> Utsagnet illustrerer at vurderingen kan bli forskjellig ut fra kulturbakgrunn, tradisjoner og menneskesyn. Det viktigste med prinsippet er at barnet settes i fokus. Begrepet blir derfor langt fra innholdsløst selv om det har en generell utforming.

Innholdet av barnets beste vil kunne forandre seg gjennom ny forskning og kunnskap. Hva som er bra for barn bygges i hovedsak på kunnskap om barn. På linje med de fleste fagområder er barneretten, barnepsykologien og andre fagdisipliner som omhandler barn, i konstant utvikling. Fagmiljøets syn på hva som er det beste for barn i ulike situasjoner kan derfor endres over tid. Ny kunnskap vil være med på å endre begrepets innhold. Begrepet, barnets beste, er dermed dynamisk. Den historiske utviklingen av synet på barneoppdragelse kan her figurere som eksempel. I tidligere tider var det en omfattende bruk av disiplin og fysisk avstraffelse. Idealet var på denne tiden det underdanige barn. Utviklingen har gått gjennom flere epoker, og i dag er den ideelle oppdragelse en oppdragelse der barnet har medbestemmelse, og det er fravær av fysisk avstraffelse. Idealet har beveget seg fra det underdanige barn, via det naturskapte og det flittige barn, og frem til idealet om det lykkelige barn.<sup>36</sup> Utviklingen viser at synet på hva som er til barnets beste er i stadig endring.

---

<sup>33</sup> Haugli(2008) s 47

<sup>34</sup> l.c

<sup>35</sup> Haugli(2004) s 345

<sup>36</sup> Thuen(2002)

Kompleksiteten og ulikhetene i de områdene barnekonvensjonen gjelder, gjør det vanskelig å oppstille generelle momenter. Det kan allikevel sies noe generelt om hva som i de fleste tilfeller vil være til barnets beste. For det første vil alternativer som dekker barns primærbehov som hovedregel være til barnets beste. I tillegg til primærbehovene har barn en rekke andre grunnleggende behov. Herunder behov for omsorg, kjærlighet, stabilitet og mulighet for lek.<sup>37</sup> Ivaretagelse av disse behovene vil være til det beste for barnet. For det andre er barns rettigheter etter barnekonvensjonen med på å fastlegge innholdet av barnets beste.<sup>38</sup> Et løsningsalternativ som oppfyller en av de andre rettighetene barn har etter barnekonvensjonen, vil ofte være til barnets beste.

I tillegg til at vurderingen skal foretas opp mot det enkelte barn, må det også tas hensyn til om et bestemt resultat kan være en god løsning også for andre barn i lignende situasjoner.<sup>39</sup> I en del tilfeller kan man gå ut fra at det som er det beste for ett barn, ofte vil være det beste også for andre barn i denne situasjonen. Det er fortsatt det enkelte barn som skal vurderes, men vurderingen av barn som sådan, gir en mulighet til å utarbeide generelle momenter om hva som bør vektlegges innen det enkelte område.

Avgjørelser innen det medisinske området må i all hovedsak tilpasses den enkelte pasient, og den enkelte diagnose. Hva som er til det beste for barnet på det medisinske området må derfor vurderes konkret med utgangspunkt i den situasjonen barnet befinner seg i. Det vil allikevel være momenter som ofte vil få betydning for hva som er til barnets beste innen det medisinske området. Tiltak som vil bedre barnets helsetilstand vil som hovedregel være til det beste for barnet. I vurderingen av om barnets helsetilstand vil bli bedre, må det tas hensyn til virkningene av behandlingen både på kort og på lang sikt. Videre vil risikofylte tiltak der effekten er usikker sjelden være til barnet beste. Unntakstilfeller vil her være når barnet er i en situasjon der det ikke har noe å tape på å forsøke. Tiltak som reduserer risikoen, eller øker effekten av en bestemt behandling vil videre ofte være til barnets beste.

---

<sup>37</sup> Haugli(2008) s 47

<sup>38</sup> l.c

<sup>39</sup> Aasen(2008) s 7

Også innen det medisinske området kan kultur og verdisyn få betydning for hva som anses som barnets beste. Dette kan komme på spissen ved kosmetiske operasjoner. Et barn som for eksempel har store utstående ører kan bli mobbet for disse. En kosmetisk operasjon kan endre ørene, og kanskje føre til at mobbingen opphører. Er det til det beste for barnet å operere ørene for å få bukt med mobbingen, eller er utseende en så viktig del av vår identitet at problemene heller bør forsøkes løst på mindre inngripende måter? Vil det være til barnets beste å gjennomgå fettsuging fordi barnet blir mobbet på grunn av størrelsen? Om det er til barnets beste å gjennomgå en kosmetisk operasjon må vurderes konkret for det enkelte barn, men standpunktet man tar i spørsmålet vil ofte være farget av det generelle synet man har på kosmetiske operasjoner.

Vurderingen av hva som er til det beste for barnet er sammensatt, og det vil sjelden medføre noen lettfattelig løsning. Alle løsningsalternativene har positive og negative sider, og noen ganger er selv det beste alternativet ikke særlig godt.

### 2.2.1 Forholdet til art 12

Prinsippet om barnets beste i art 3 nr 1 har en nær sammenheng med barns rett til å bli hørt etter art 12. Barns rett etter art 12 må respekteres for at prinsippet i art 3 nr 1 skal oppfylles fullt ut.<sup>40</sup> Barnets beste er målet, mens retten til å bli hørt er et av midlene for å oppnå målet.<sup>41</sup>

Vi så under forrige avsnitt at det er vanskelig å fastlegge det generelle innholdet av barnets beste. Her kan sammenhengen med art 12 være behjelpelig. Den som er nærmest til å vite hva som er til barnets beste er jo ofte barnet selv. Gjennomføringen av retten etter art 12 er dermed med på å fastlegge innholdet av barnets beste. Når barnet gis mulighet til å uttale seg, er barnet med på å klargjøre hva som er til barnets beste. Det er barnet selv som vil føle avgjørelsene på kroppen. En mulighet til å påvirke avgjørelsene er derfor viktig for barnets selvfølelse. Barnets rett til å bli hørt bidrar til barns utvikling som menneske, og bidrar til at barn gjøres til aktive medlemmer av samfunnet.

---

<sup>40</sup> General Comment nr 12 avsnitt 74

<sup>41</sup> I.c



Forholdet mellom art 12 og art 3 nr 1 illustreres videre i de sakene løsningen går mot barnets ønske. Et eksempel kan være det tilfellet at barnet ikke ønsker å la seg operere, mens en medisinsk faglig vurdering tilsier at en operasjon vil være til barnets beste. Barnet benytter her retten etter art 12 til å gi uttrykk for sin skepsis. Barnets mening utgjør et av flere momenter som må tas med i en helhetsvurdering av om barnet skal opereres eller ikke. Barnets mening skal tas med i vurderingen, men vil ikke nødvendigvis bli utslagsgivende. Er en annen løsning til barnets beste, vil denne bli valgt så lenge løsningen fortsatt er til barnets beste sett i lys av barnets syn.

### **3 Barneloven**

En voksende mage skremmer lett vettet av de vordene foreldrene. Et barn innebærer et stort ansvar, og det er ikke lett å se omfanget av forpliktelsene på forhånd. De juridiske forpliktelsene av det å bli foreldre er derimot mer oversiktlige enn de faktiske. Det rettslige forholdet mellom barn og foreldre reguleres av Lov 8. april 1981 nr.7 om barn og foreldre (barnelova). Her omhandles innholdet av foreldreansvaret, hvem som juridisk er foreldrene, samvær, fast bosted osv.

Den viktigste juridiske konsekvensen av å bli foreldre er at man får foreldreansvar for barnet. Foreldreansvaret er satt sammen av to elementer; en omsorgsplikt og en bestemmelsesrett.<sup>42</sup> Omsorgsplikten retter seg mot plikten til å sørge for barnets materielle, fysiologiske og psykologiske behov. Foreldrenes bestemmelsesrett fremgår av barneloven § 30(1) annen setning. Foreldrene har "... rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege tilhøve innanfor dei grensene som §§ 31 og 33 set". Det innebærer at foreldrene har rett til å treffe beslutninger på vegne av barnet, med de begrensinger som følger av medbestemmelse - og selvbestemmelsesretten.<sup>43</sup> Barnets

---

<sup>42</sup> Smith(2006) s 102

<sup>43</sup> Aasen(2008) s 6-7

medbestemmelsesrett gjør dermed et innhugg i utgangspunktet om foreldrenes beslutningsmyndighet.<sup>44</sup>

En forutsetning for reglene om medbestemmelse er at foreldrene har den formelle samtykkekompetansen. En del av foreldrenes bestemmelsesrett er å sørge for at barnet gis anledning til å ta del i beslutningene. Hovedhensynet bak reglene om medbestemmelse, er at beslutninger ikke skal tas over hodet på barna.

### 3.1 Innholdet av barnets rett

Barneloven § 31 oppstiller en absolutt og en relativ grense for når barn skal høres. Den absolutte grensen fremgår av annet ledd. Barnet skal gis mulighet til å uttale seg når det har fylt 7 år. For barn under 7 år oppstilles det en relativ vurdering i første ledd. Barna skal høres hvis de er "... i stand til å danne seg egne synspunkt på det saka dreiar seg om". For barn under 7 år må det derfor foretas en konkret vurdering av om barnet er i stand til å danne seg synspunkter.<sup>45</sup> Skjønnskemaet tilsvarende barnekonvensjonens art 12. Heller ikke etter barneloven er det en forutsetning for barns medbestemmelse at de kan uttale seg om hele sakskomplekset. Det er tilstrekkelig at barnet kan danne seg synspunkter om deler av spørsmålet.

I motsetning til barnekonvensjonen har barneloven som vist en absolutt aldersgrense i tillegg til skjønnskemaet. Frem til 2003 var den absolutte aldersgrensen 12 år. Grensen ble da satt ned til 7 år for å sikre at flere barn ble hørt.<sup>46</sup> FNs barnekomité fraråder partene å sette aldersgrenser for barns medbestemmelsesrett.<sup>47</sup> Juridisk er det allikevel adgang til dette så lenge den absolutte regelen suppleres av en relativ.

Det er delte meninger om man bør ha en absolutt aldersgrense eller ikke. Faren er at barn under 7 år ikke vil bli vurdert på samme måte, og at retten kan bli symbolsk for deres vedkommende. Barn under 7 år skal vurderes, og det må derfor utarbeides kontrollmekanismer slik at retten blir en realitet også for disse barna. En konsekvens av

---

<sup>44</sup> Smith(2006) s 109

<sup>45</sup> Backer(2008) s 294

<sup>46</sup> Ot.prp. nr 29(2002-2003) punkt 10.5

<sup>47</sup> General Comment nr 12 avsnitt 21

den absolutte grensen er at ingen barn over 7 år kan fratas medbestemmelsesretten etter en skjønnsmessig vurdering. Deres medbestemmelsesrett er ikke prisgitt beslutningstakernes vurdering. For deres vedkommende styrkes deres rett gjennom den absolutte grensen.

Barneloven § 31 gir barn medbestemmelse i ”personlege tilhøve”. En naturlig språklig forståelse tilsier at barneloven har et snevrere anvendelsesområde enn den tilsvarende bestemmelsen i barnekonvensjonen. Barnekonvensjonen art 12 gir barn medbestemmelse i alle forhold som vedrører barnet. Kjerneområdet for de to bestemmelsene er det samme, men art 12 har et videre anvendelsesområde. I motsetning til barneloven omfatter art 12 barn som gruppe, og spørsmål der barn kun blir indirekte berørt. Barnekonvensjonen gjelder som overordnet norm, og den praktiske betydningen av dette skillet er derfor liten. Barneloven må tolkes i lys av barnekonvensjonen.

Barneloven § 31 har sitt praktiske anvendelsesområde særlig innenfor saker om fast bosted og samvær. Det er allikevel klart at barns medisinske spørsmål også omfattes av ”personlege tilhøve”. Medisinske spørsmål er svært personlige, og er derfor en naturlig del av barnets personlige forhold. Lite er mer personlig en egen kropp og helse.

Etter første ledd har foreldrene plikt til aktivt å gå inn for å rådspørre barna.<sup>48</sup> Det er ikke tilstrekkelig at foreldrene lytter når barnet uoppfordret ytrer sin mening.<sup>49</sup>

Foreldrene har plikt til å sørge for at barnet oppfordres til å uttale seg. En del av dette er å sørge for at barna gis en reell mulighet til å utøve sin rett. Det er i denne sammenheng viktig at foreldrene informerer barnet. Informasjon er en viktig forutsetning for barns medbestemmelsesrett.

Barnet har ingen plikt til å uttale seg etter barneloven § 31.<sup>50</sup> Medbestemmelsesretten er nettopp en rett og ikke en plikt. Det essensielle er at barnet skal gis mulighet og informasjon, slik at barnet kan treffe et valg over om det ønsker å benytte seg av retten eller ikke.

---

<sup>48</sup> Backer(2008) s 293

<sup>49</sup> I.c.

<sup>50</sup> Backer(2008) s 293

### 3.2 Vekten av barnets mening

Vekten av barnets mening etter barneloven § 31 skal være proporsjonal med barnets alder og modenhet. At barnets mening skal tillegges vekt innebærer ikke at denne alltid vil være utslagsgivende.<sup>51</sup> Vekten av barnets mening beror på en helhetsvurdering der blant annet hvor veloverveid valget virker, standhaftigheten bak barnets mening, om det forstår rekkevidden av sitt standpunkt og ikke minst hvilke hensyn som peker i den motsatte retningen, må vurderes.<sup>52</sup> De første momentene knytter seg til egenvekten av barnets mening, mens mothensynene viser til den relative vekten. I vurderingen som foretas må barnets mening veies opp mot de andre momentene som gjør seg gjeldene i saken. Helhetsvurderingen kan resultere i at andre momenter veier tyngre enn barnets mening.<sup>53</sup>

I annet ledd reguleres vekten av barnets mening etter fylte 12 år. Fra barnet har fylt 12 år skal barnets mening tillegges ”stor vekt”, jf barneloven § 31(2). Heller ikke for barn over 12 år er deres mening alltid utslagsgivende, men det skal sterke grunner til for å fravike deres mening.<sup>54</sup> Ved fylte 12 år øker egenvekten. I helhetsvurderingen skal barnets mening tillegges ”stor vekt”. Annet ledd regulerer dermed den relative vekten som skal tillegges barnets mening etter fylte 12 år. Den relative vekten øker idet barnet fyller 12 år. Bestemmelsen viser at det ikke er nok at barn høres. Deres synspunkt skal tas alvorlig, og benyttes som et tungtveiende argument i helhetsvurderingen som foretas.

---

<sup>51</sup> Sandberg. Kommentar til barneloven[rettsdata] note 78

<sup>52</sup> I.c.

<sup>53</sup> Haugli(2007) s 350

<sup>54</sup> Sandberg. Kommentar til barneloven[rettsdata] note 80

## 4 Pasientrettighetsloven

I 1999 fikk Norge endelig en lov om pasientrettigheter (lov av 2.juli 1999 nr 63). Det første lovutkastet til pasientrettighetsloven ble sendt ut til høring allerede i 1992.<sup>55</sup> Dette lovutkastet ble avvist, og det ble besluttet at det skulle utarbeides et nytt utkast.<sup>56</sup> Ved vedtakelsen av pasientrettighetsloven i 1999 hadde det altså vært arbeidet målrettet mot ny pasientrettighetslov i ti år.<sup>57</sup>

Alle pasienter beskyttes av pasientrettighetsloven, men når barn er pasient oppstår det særskilte utfordringer. En av utfordringene er barns manglende samtykkekompetanse. Resultatet av barns manglende samtykkekompetanse er at foreldrene må samtykke på vegne av barna. Medbestemmelsesretten har derfor stor betydning for barn på det medisinske området. Egen kropp og helse er noe av det mest personlige vi har. Det er derfor viktig for barnets selvfølelse, og dets følelse av å bli tatt på alvor at barnet særlig gis muligheten til å bli hørt på dette området. Reglene om foreldres samtykkekompetanse og barnas medbestemmelsesrett reguleres av pasientrettighetsloven kapittel 4.

Medisin er en fagdisiplin de færreste har inngående kunnskap om. Helsepersonell skal gi informasjon om et område spekket av faguttrykk, og dette kan by på utfordringer. De fleste foreldre vil se ut som spørsmålsteget når legen forteller at barnet har Varicella simplex.<sup>58</sup> Forteller legen derimot at barnet har vannkopper (latin: Varicella simplex) vil det straks være mer forståelig for de fleste. Eksemplet illustrerer at det må stilles krav til tilpassning av den informasjonen som gis til barn og foreldre. Barn har på lik linje med voksne rett til informasjon om egen helsetilstand, jf pasientrettighetsloven § 3-2. Kravene som stilles til informasjonen og fremleggingen av denne reguleres av pasientrettighetsloven kapittel 3, og vil bli behandlet i det følgende.

---

<sup>55</sup> Syse(2009) s 49

<sup>56</sup> Ibid s 51

<sup>57</sup> Ibid s 48

<sup>58</sup> <http://no.wikipedia.org/wiki/Vannkopper>

#### 4.1 Den medisinske myndighetsalder

Når barn fyller 18 år går de juridisk over i de voksnes rekker, de blir myndige. Etter fylte 18 år har man full beslutningsmyndighet over seg selv, og står offisielt ikke lenger i noe underordnet forhold til sine foreldre. Faktisk vil allikevel de fleste fortsette å respektere sine foreldres syn. På enkelte områder inntreer selvbestemmelsesretten før fylte 18 år. Det er hovedregelen på det medisinske området.

Den medisinske myndighetsalder reguleres av pasientrettighetsloven § 4-3(1) bokstav b. Her fremgår det at ”mindreårige etter fylte 16 år...” har samtykkekompetanse ”... med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art”. Barn når dermed den medisinske myndighetsalder før de er myndige i andre juridiske sammenhenger. Etter fylte 16 år har barnet selv beslutningskompetanse i spørsmål om valg av behandling, om de vil la seg vaksinere, hvilke risiko det ønsker å utsette seg for osv. Fra den medisinske myndighetsalder gjøres det flere unntak. I enkelte tilfeller innskrenkes selvbestemmelsesretten. Det er tilfellet for transplantasjon(18 år) og for sterilisering(25 år).<sup>59</sup> I andre tilfeller gis barn selvbestemmelsesrett før fylte 16 år. Det er tilfellet for abort, der det alltid er jenta selv som bestemmer, jf abortloven § 4.

#### 4.2 Samtykke på vegne av barn

For barn under 16 år er det foreldrene som har den formelle samtykkekompetansen, jf pasientrettighetsloven § 4-4(1). Det er foreldrene som beslutter om barnet skal motta behandling, hvilke behandling og måten det skal foregå på. Hensynet bak bestemmelsen er at foreldrene skal treffe beslutninger på vegne av barnet, når barnet selv ikke er i stand til det. Er barnet selv i stand til å ivareta sine interesser faller derfor begrunnelsen for samtykkekompetansen bort.<sup>60</sup> Samtykkekompetansen etter pasientrettighetsloven er en del av foreldreansvaret etter barneloven.<sup>61</sup> Som vist over er foreldreansvaret todelt, med en omsorgsplikt og en bestemmelsesrett. Samtykkekompetansen etter pasientrettighetsloven er et utsalg av begge komponentene i foreldreansvaret. Direkte er

---

<sup>59</sup> Jf transplantasjonsloven § 1(2) og steriliseringsloven § 2.

<sup>60</sup> IS-12/2004 s 28

<sup>61</sup> Syse(2009) s 329

samtykkekompetansen en bestemmelsesrett, mens det å sørge for at barnet gis den nødvendige medisinske behandling også er en naturlig del av omsorgskomponenten.

Det er grunn til å se nærmere på de kravene som stilles til foreldrenes samtykke.

Henriette Sindig Aasen definerer samtykke som et ”viljesuttrykk i form av godkjenning av det samtykket gjelder”.<sup>62</sup> Foreldrene må gi en form for godkjenning, men ikke en hvilke som helst godkjenning får juridiske konsekvenser. For at samtykket skal være gyldig må det ikke være beheftet med personelle, prosessuelle eller materielle mangler.<sup>63</sup>

De personelle kravene fremgår av pasientrettighetsloven § 4-4(1). Personell kompetanse har ”foreldrene eller andre med foreldreansvaret...”. Innehavelse av foreldreansvaret er dermed det avgjørende kriteriet. Samtykke fra biologiske foreldre uten foreldreansvar, vil som et resultat av dette være ugyldig.<sup>64</sup> Har foreldrene foreldreansvaret sammen må begge samtykke til den medisinske behandlingen. Ønsker ikke den ene forelder å samtykke, vil et samtykke fra kun den ene forelder være ugyldig.<sup>65</sup> Har for eksempel mor foreldreansvaret alene, er det tilstrekkelig med samtykke fra henne. Ved mindre omfattende medisinsk behandling reguleres den personelle kompetansen av pasientrettighetsloven § 4-4(2). Bestemmelsen utgjør et unntak fra hovedregelen. Der behandlingen regnes som en del av den daglige omsorgen, eller helsepersonell mener det er nødvendig at barnet mottar behandlingen for å unngå skade, vil det være tilstrekkelig med samtykke fra en av foreldrene.<sup>66</sup> En vanlig legetime, for behandling av for eksempel forkjølelse, vil falle inn under den daglige omsorgen, og dermed kreve samtykke kun fra den ene forelder. Har barnevernet overtatt omsorgen for barnet overføres den personelle kompetansen til barnevernet, jf pasientrettighetsloven § 4-4(3).

Pasientrettighetsloven § 4-4 oppstiller ikke formkrav til foreldrenes samtykke.

Bestemmelsen gir derfor liten veiledning til hvilke prosessuelle krav som stilles. Det

---

<sup>62</sup> Aasen(2000) s 243

<sup>63</sup> Syse(2009) s 292 flg

<sup>64</sup> IS-12/2004 s 33

<sup>65</sup> Syse(2009) s 330

<sup>66</sup> Pasientrettighetsloven § 4-4(2) bokstav a og b

fremgår av pasientrettighetsloven § 4-2 at samtykket kan gis uttrykkelig eller stilltiende, og at det i enkelte særtilfeller kan oppstilles skriftlighetskrav. Situasjonen er uproblematisk ved uttrykkelig samtykke. Ved stilltiende samtykke må det vurderes om foreldrene faktisk har samtykket i det aktuelle tilfellet. Stilltiende samtykke skjer i hovedsak gjennom konkludent adferd.<sup>67</sup> Det må da vurderes om foreldrenes adferd utgjør et samtykke til barnets medisinske behandling. I det tilfellet foreldrene leier barnet inn i blodprøvetakningsrommet, og hjelper til med å rulle opp barnets genser, står man ovenfor et stilltiende samtykke gjennom konkludent adferd. I de fleste tilfellene vil ikke foreldrenes adferd gi rom for tvil, men tvilsituasjoner kan allikevel oppstå.

En forutsetning for gyldig samtykke er videre at det ikke er beheftet med materielle mangler. Det oppstilles visse grenser for hva foreldrene kan samtykke til. Samtykket kan for det første ikke stride mot andre lovbestemmelser. Det innebærer at foreldrene for eksempel ikke kan samtykke til barmhjertighetsdrap.<sup>68</sup>

Videre oppstiller også barnets beste en materiell skranke. Barnekonvensjonen art 3 nr 1 fastslår at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn på alle områder som berører barn. Barnets beste utgjør en yttergrense for foreldrenes samtykkekompetanse. Et samtykke som strider mot barnets beste er ugyldig.<sup>69</sup> Dette kommer særlig på spissen ved ny eksperimentell behandling der man ikke sikkert kan dokumentere effekten. I disse tilfellene må det vurderes om det er til barnets beste å gjennomgå den aktuelle behandlingen. Er behandlingen i strid med barnets beste, kan foreldrene ikke samtykke til denne behandlingsformen. Hensynet til barnets beste kommer også på spissen når foreldrene nekter barnet behandling. Medisinsk behandling er en del av foreldreansvaret, og foreldre som nekter barnet medisinsk behandling kan vise seg å være uegnede omsorgspersoner. Barnevernet kan frata foreldrene omsorgen for å sikre barnet den medisinske behandlingen det har behov for. Fylkesnemnda kan beslutte at behandlingen skal gjennomføres med hjelp fra barnevernet, jf barnevernloven § 4-10.

---

<sup>67</sup> Syse(2009) s 309

<sup>68</sup> Ibid s 293

<sup>69</sup> Ibid s 330



Viser det seg at dette er uttrykk for mer omfattende omsorgssvikt kan foreldrene fratas omsorgen i medhold av barnevernloven § 4-12.

For det tredje oppstiller helsepersonells hjelpeplikt en materiell skranke for foreldrenes samtykkekompetanse.<sup>70</sup> Foreldrenes samtykke kan ikke gå på tvers av legenes forpliktelser til å gi barnet forsvarlig behandling. Foreldrene kan for eksempel ikke nekte at barnet gis blodoverføring i kraft av sin samtykkekompetanse dersom dette er medisinsk nødvendig for barnet, jf pasientrettighetsloven § 4-9 jf helsepersonelloven § 7.<sup>71</sup>

Både de materielle, personelle og prosessuelle vilkårene må kunne overprøves i ettertid for at helsepersonell kan bygge på et samtykke på vegne av barn.<sup>72</sup> Samtykket må være gitt på vegne av et barn under 16 år, stilltiende eller uttrykkelig, av de med foreldreansvaret, og samtykket kan ikke være i konflikt med andre lovbestemmelser, barnets beste eller helsepersonells hjelpeplikt.

#### 4.3 Unntaket – pasientrettighetsloven § 3-4(2)

Ordlyden i pasientrettighetsloven § 4-4(1) gir lite rom for unntak. Regelen fremstår som absolutt.<sup>73</sup> Foreldrene bestemmer for barn under 16 år, og barn over 16 år har selvbestemmelsesrett. Lovens system tilsier allikevel at regelen ikke er like absolutt som den fremstår ved første øyekast. Regelen må i noen tilfeller tolkes innskrenkede.<sup>74</sup> Grunnen til dette fremgår av pasientrettighetsloven § 3-4(2).

Pasientrettighetsloven § 3-4 regulerer barn og foreldres krav på informasjon. Hovedregelen er at både foreldre og barn skal informeres når pasienten er under 16 år, jf pasientrettighetsloven § 3-4(1). Informasjon er nødvendig for at foreldrene skal kunne bruke sin samtykkekompetanse, og for at barnet skal kunne ivareta sin medbestemmelsesrett. Pasientrettighetsloven § 3-4(2) oppstiller et unntak fra

---

<sup>70</sup> Jf helsepersonelloven §§ 4,7

<sup>71</sup> Syse(2003)

<sup>72</sup> Syse(2009) s 294

<sup>73</sup> Aasen(2008) s 10

<sup>74</sup> I.c.

hovedregelen i første ledd. Etter annet ledd kan opplysninger holdes tilbake fra foreldrene dersom barnet oppgir grunner til dette som bør respekteres.<sup>75</sup> I det tilfellet foreldrene ikke gis informasjon, innskrenkes deres samtykkekompetanse.<sup>76</sup> Uten informasjon vil ikke foreldrene vite at de er i en situasjon der det er aktuelt å benytte samtykkekompetansen. Får foreldrene vite tilstrekkelig til at de vet dette, men ikke nok til å kunne avgi et informert samtykke, innskrenkes deres kompetanse tilsvarende. Det oppstår her et tomrom. Barnet har i utgangspunktet ikke myndighet til å samtykke, og foreldrene har myndighet, men ikke mulighet. Barnets medbestemmelsesrett beveger seg for disse tilfellene over mot en selvbestemmelsesrett.<sup>77</sup> Ved uenighet er det allikevel foreldrene som har det siste ordet.<sup>78</sup>

Spørsmålet om ”delt samtykkekompetanse” kan for eksempel komme på spissen i spørsmål om prevensjon. Oppsøker en 14 år gammel jente helsestasjonen for å be om prevensjon, er utgangspunktet at foreldrene skal informeres etter hovedregelen i § 3-4(1). Uttrykker jenta et ønske om at foreldrene ikke informeres, og oppgir grunner som bør respekteres, utløser hun en taushetsplikt for helsepersonellet. Det innebærer at hun selv må samtykke til de undersøkelsene som kreves for å få prevensjon.<sup>79</sup>

Et viktig hensyn bak bestemmelsen i annet ledd er å sikre at barn oppsøker helsetjenesten.<sup>80</sup> I flere tilfeller ville barn kviet seg for å oppsøke helsetjenesten dersom foreldrene automatisk ble informert. Det kan være tilfelle ved overgrep eller ved spørsmål om prevensjon.<sup>81</sup> Konsekvensen av barns manglende tillit til helsevesenet vil være svært alvorlig for samfunnet. En alvorlig konsekvens vil være at enkelte overgrep ikke blir oppdaget. En annen konsekvens vil kunne være økt antall uønskede graviditeter som en følge av manglende bruk av prevensjon og veiledning rundt temaet. Hensynet til å opprettholde tilliten til helsevesenet er derfor svært viktig.

---

<sup>75</sup> Syse(2009) s 277

<sup>76</sup> Aasen(2008) s 10

<sup>77</sup> IS-12/2004 s 33

<sup>78</sup> I.c

<sup>79</sup> Syse(2009) s 330

<sup>80</sup> Aasen(2008) s 10

<sup>81</sup> Ibid s 10-11

Barn må selv gi uttrykk for at de ikke ønsker at foreldrene skal informeres. Gir ikke barnet uttrykk for motforestillinger har helsepersonell plikt til å informere foreldrene etter hovedregelen i pasientrettighetsloven § 3-4(1).<sup>82</sup> Dette må ses i sammenheng med at det kun er når barnet har ”grunner som bør respekteres” at helsepersonell har taushetsplikt overfor foreldrene. Unnlater helsepersonell å informere foreldrene uten anmodning fra barna, er de med på å hule ut foreldrenes rett til informasjon etter første ledd.

#### 4.3.1 Grunner som bør respekteres

Barnet utløser taushetsplikt for helsepersonell ved å oppgi grunner som bør respekteres for at foreldrene ikke skal informeres. Spørsmålet blir derfor hvilke grunner helsepersonell må respektere. En naturlig språklig forståelse tilsier at ikke en hvilken som helst begrunnelse er tilstrekkelig. Det må stilles visse krav til grunnene barnet oppgir. Det er ikke tilstrekkelig at barnet bare ikke ønsker at foreldrene skal informeres. Hensynet til barnets tillit til helsevesenet og barnets behov for taushet må her vurderes opp mot foreldrenes behov for informasjon.

Spørsmålet om hvilke grunner helsepersonell må respektere drøftes i forarbeidene. Som eksempel på en situasjon som utløser taushetsplikt, omtaler forarbeidende det tilfellet at barn søker hjelp for lettere psykiske problemer som følge av mobbing.<sup>83</sup> Mobbing er et alvorlig samfunnsproblem, og det er viktig at helsevesenet kan være en instans der barn kan oppsøke hjelp. I rundskriv IS-12/2004 oppgir Sosial- og helsedirektoratet prevensjonsveiledning og råd om svangerskapsavbrudd, som eksempel på situasjoner der taushetsplikten kan bli aktuell, i tillegg til forarbeidenes eksempel om lettere psykiske problemer på grunn av mobbing.<sup>84</sup>

Grunner som bør respekteres kan være både personlige grunner og overbevisningsgrunner.<sup>85</sup> Personlige grunner kan for eksempel være frykt for represalier eller behov for ro til å fordøye problemet. Sistnevnte vil kunne gjøre seg gjeldene ved

---

<sup>82</sup> Aasen(2008) s 12

<sup>83</sup> Ot.prp.nr 12(1998-1999)merknad til § 3-4

<sup>84</sup> IS-12/2004 s 27

<sup>85</sup> Ot.prp.nr 12(1998-1999) merknad til § 3-4

uønsket graviditet. Jenta kan ha behov for selv å fordøye situasjonen før foreldrene kobles inn. Overbevisningsgrunner kan gjelde både barnet og foreldrene. Barnet kan for eksempel ha strengt religiøse foreldre som vil reagere svært negativt dersom de fant ut at barnet er homofil.

Henriette Sindig Aasen uttaler i sin artikkel *Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp* at; ”Etter min oppfatning er det naturlig å forstå loven slik at dersom den unge gir uttrykk for at hun eller han ikke ønsker at foreldrene orienteres, og viser til en plausibel grunn, vil dette i utgangspunktet være tilstrekkelig”. Legges denne uttalelsen til grunn kan det tyde på at det ikke stilles store krav til de grunnene barna oppgir. Ordlyden taler for at det må foretas en skjønnsmessig vurdering, men gir ikke ytterligere innblikk i hvor grensen ligger. Sett i lys av uttalelsene i forarbeidene og i rundskrivet, tilsier eksemplene at det må stilles krav til de grunnene barnet oppgir. Kravene som stilles til grunnene barnet oppgir får betydning for om hensynet til barnets behov for tillit til helsevesenet vinner gjennom mot foreldrenes behov for informasjon.

Unntaket i § 3-4(2) må ses i sammenheng med pasientrettighetsloven § 4-3(1) bokstav b.<sup>86</sup> I § 4-3(1) bokstav b oppstilles et unntak fra den medisinske myndighetsalder på 16 år dersom ”tiltakets art” tilsier det. I forarbeidene uttales det at enkelte avgjørelser bør kunne treffes av barn også før fylte 16 år.<sup>87</sup> I noen tilfeller vil dermed barn ha rett til selvbestemmelse istedenfor medbestemmelsesrett også før fylte 16 år.<sup>88</sup> På samme måte vil foreldrene i disse tilfellene miste sin beslutningsmyndighet på vegne av barnet. Kan barnet selv samtykke, er utgangspunktet at foreldrene ikke har krav på informasjon. I grensetilfeller kan det derfor ikke stilles strenge krav til grunnene barnet oppgir.

#### 4.3.2 Unntak fra unntaket

Foreldre er rettslig forpliktet til å ivareta sitt foreldreansvar. Foreldrene har derfor krav på de opplysningene de trenger for å kunne ivareta dette, jf pasientrettighetsloven

---

<sup>86</sup> IS-12/2004 s 27-28

<sup>87</sup> Ot.prp.nr 12(1998-1999) merknad til § 4-3

<sup>88</sup> IS-12/2004 s 28

§ 3-4(3). For disse opplysningene kan barn ikke utløse taushetsplikt ved å oppgi grunner som bør respekteres. Tredje ledd utgjør dermed et unntak fra unntaket i annet ledd. Unntakets begrunnelse er at barn ikke kan sette helsepersonell i en situasjon der de er med på å forhindre at foreldrene gis mulighet til å ivareta sitt foreldreansvar.

Forarbeidene gir følgende eksempler på opplysninger foreldrene har krav på i kraft av tredje ledd; alvorlige rusproblemer, alvorlige psykiske problemer eller ved fare for selvskaading.<sup>89</sup> Foreldrene er avhengig av disse opplysningene for å kunne ivareta sitt lovpålagte foreldreansvar. Eksempelene viser alvorlige problemer som barna trenger hjelp til å bearbeide. Hadde barnet kunnet pålegge helsepersonell taushetsplikt om disse opplysningene, ville lovgivningen ha pålagt foreldrene en plikt på den ene siden, og på den andre siden forhindret dem i å oppfylle denne.

I rundskriv IS-12/2004 uttaler Sosial- og helsedirektoratet følgende om opplysninger som faller inn under tredje ledd; ”Forhold som kan omfattes av unntaket kan for eksempel være opplysninger om selvmordsfare, hvor pasienten befinner seg og innleggelse på sykehus på grunn av livstruende tilstander”.<sup>90</sup> Unntaket i tredje ledd innebærer at helsepersonell bare kan la være å informere foreldrene ved mindre alvorlige problemer og problemer av forbigående art.<sup>91</sup> Tredje ledd begrenser anvendelsesområde til unntaket i annet ledd betraktelig. Helsepersonell har taushetsplikt ovenfor foreldrene i langt færre tilfeller enn det kan fremstå som ved første øyekast.

#### 4.4 Medbestemmelse

Barns medbestemmelse på det medisinske området reguleres av pasientrettighetsloven § 4-4(4). ”Etter hvert som barnet utvikles og modnes...” skal foreldrene ”... høre hva barnet har å si før samtykke gis”.<sup>92</sup> Det rettslige utgangspunktet er at foreldrene treffer avgjørelsene, mens barnet gis anledning til å delta i beslutningsprosessen.<sup>93</sup>

Bestemmelsen sikrer barna medbestemmelsesrett, og sørger for at avgjørelser

---

<sup>89</sup> Ot.prp.nr 12(1998-1999)merknad til § 3-4

<sup>90</sup> IS-12/2004 s 28

<sup>91</sup> Syse(2009) s 255

<sup>92</sup> Pasientrettighetsloven § 4-4(4)

<sup>93</sup> Aasen(2008) s 6-7

vedrørende barns helse ikke tas av foreldre og helsepersonell over hodet på dem. Medbestemmelsesretten etter pasientrettighetsloven er en pasientrettighet, og kommer derfor kun til anvendelse i de tilfellene der barnet er pasient. Utenfor disse tilfellene kan bestemmelsen utgjøre et grunnlag for analogislutninger.

Barns rettigheter etter pasientrettighetsloven er inndelt i grupper etter barnas alder. Fra barnet er 0-12 år skal det gis mulighet til å uttale seg ”etter hvert som barnet utvikles og modnes”, jf pasientrettighetsloven § 4-4(4). Medbestemmelsesrett for barn i denne aldersgruppen må vurderes konkret for hvert enkelt barn. For å sikre små barn medbestemmelsesrett uttaler barnekomiteen at det ”requires adults to adopt a child-centred attitude, listening to young children and respecting their dignity and their individual points of view. It also requires adults to show patience and creativity by adapting their expectations to a young child’s interests, levels of understanding and preferred ways of communicating”.<sup>94</sup> For de aller minste vil allikevel medbestemmelsesretten ikke ha noen realitet. I General Comment nr 7 fremheves det at barn kommuniserer lenge før de kan kommunisere gjennom tale eller skriftspråk.<sup>95</sup> Overfor de minste barna stilles det derfor store krav til alternative kommunikasjonsmetoder. Barnet trenger bare å være i stand til å danne seg synspunkter om deler av sakskomplekset for at det skal gis medbestemmelsesrett. Retten til medbestemmelse vil derfor få betydning for små barn, også innenfor det medisinske området.

Barn fra 12-16 år har en absolutt medbestemmelsesrett. De skal alltid gis anledning til å uttale seg og deres mening skal tillegges vekt, jf pasientrettighetsloven § 4-4(4). Retten er lik for alle barn mellom 12-16 år, men vekten som tillegges deres mening, og dermed den faktiske innflytelsen barnet gis, er stigende med alder og modenhet.

Barn fra 16-18 år har som hovedregel selvbestemmelsesrett i medisinske spørsmål, jf pasientrettighetsloven § 4-3(1) bokstav b. Det gjøres allikevel noen unntak fra denne

---

<sup>94</sup> General Comment nr.7 avsnitt 14

<sup>95</sup> I.c.

hovedregelen. På enkelte områder er det oppstilt lovbestemte unntak.<sup>96</sup> Ved siden av disse gjøres det unntak fra selvbestemmelsesretten dersom ”tiltakets art” tilsier at 16-årsgrensen bør fravikes.<sup>97</sup> ”Tiltakets art” omhandler situasjoner der avgjørelsen vil kreve kritisk sans og større modenhet enn ved andre tiltak.<sup>98</sup> Forarbeidene viser til forskningsprosjekter og eksperimentell behandling som eksempler på behandling som vil falle inn under unntaket.<sup>99</sup> Begrunnelsen for unntaket er at det vil være områder der 16-åringer ikke er i stand til å fatte en fornuftig beslutning. ”Tiltakets art” fungerer som en sikkerhetsventil ved siden av de lovbestemte unntakene. Unntaket vil særlig være aktuelt ved nye behandlingsmetoder som ennå ikke er lovregulert. Faller behandlingen inn under unntakene i pasientrettighetsloven § 4-3(1) bokstav b, vil barna få samme rettigheter som barn i aldersgruppen 12-16 år.

Videre kan selvbestemmelsesretten også bortfalle som en følge av ”fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming”, dersom denne tilstanden gjør at pasienten ”åpenbart” ikke kan samtykke, jf § 4-3(2). Dette unntaket gjelder både for ungdom mellom 16-18 år, og for myndige pasienter.

Som vist over følger det av pasientrettighetslovens regler at medbestemmelsesretten kommer på spissen for barn fra 0-16 år. Her har foreldrene den formelle samtykkekompetansen siden barnet er under den medisinske myndighetsalder. Videre kommer medbestemmelsesretten også på spissen for barn fra 16-18 år, som av en eller annen grunn ikke har samtykkekompetanse. Her gjør begrunnelsen bak foreldrenes samtykkekompetanse seg gjeldene. Foreldrene må samtykke på vegne av disse barna, selv om de har passert den medisinske myndighetsalder.

#### 4.4.1 Betydningen av ulike aldersgrenser for barns medbestemmelsesrett

Etter pasientrettighetsloven gis barn en absolutt medbestemmelsesrett fra fylte 12 år. Barn over 12 år skal gis anledning til å uttale seg. Grensen er dermed høyere etter pasientrettighetsloven enn etter barneloven, som setter grensen ved 7 år. Tidligere var

---

<sup>96</sup> Se oppgavens punkt 4.1

<sup>97</sup> jf pasientrettighetslovens § 4-3(1) bokstav b

<sup>98</sup> Smith(2006) s 123

<sup>99</sup> Ot.prp.nr 12(1998-1999) merknader til § 4-3

den absolutte grensen også etter barneloven satt ved 12 år. I 2003 ble grensen flyttet fra 12 til 7 år i forbindelse med innføringen av barnekonvensjonen.<sup>100</sup> Barnekonvensjonen stiller i motsetning til de norske bestemmelsene ikke opp noen aldersgrense. Det kan stilles spørsmål ved hvorfor grensen etter pasientrettighetsloven ikke ble satt ned ved innføringen av barnekonvensjonen. Hensynet til sammenheng i regelverket taler for at også grensen etter pasientrettighetsloven burde settes til 7 år.

Spørsmålet er om det har noen reell betydning for barns medbestemmelsesrett at reglene oppstiller forskjellige grenser for barns absolutte medbestemmelsesrett. Tradisjonelle tolkningsprinsipper kommer her noe til kort. Pasientrettighetsloven er *lex specialis* overfor barneloven.<sup>101</sup> Etter dette prinsippet vil pasientrettighetsloven gå foran ved motstrid. Ut fra *lex posteriori* prinsippet vil barneloven gå foran siden pasientrettighetsloven er fra 1999, mens endringene i barneloven er fra 2003.<sup>102</sup> Prinsippene gir derfor liten veiledning ved tolkningen.

Som vist gjelder barnekonvensjonen som overordnet norm på området, og gis forrang i kraft av menneskerettighetsloven § 3. De norske bestemmelsene kan ikke innskrenke barns medbestemmelsesrett etter art 12. Barnekonvensjonen vil være med på å viske ut realitetsforskjellen de ulike grensene innebærer. Bestemmelsene må tolkes med den generelle regelen i barnekonvensjonen som bakteppe.

Både etter pasientrettighetsloven, barneloven og barnekonvensjonen, er det den relative vurderingen som er det juridiske utgangspunktet for barns medbestemmelsesrett. Det avgjørende for om barn skal gis rett til å uttale seg er i utgangspunktet at ” barnet utvikles og modnes” etter pasientrettighetsloven § 4-4(4), om barnet er ” stand til å danne seg egne synspunkt på det saka dreiar seg om” etter barneloven § 31, og om barnet ” ... er i stand til å danne seg egne synspunkt” etter barnekonvensjonen art 12. Foretas denne vurderingen på en forsvarlig måte vil de samme barna bli hørt etter alle bestemmelsene. Den absolutte grensen sikrer at barna ikke kan fratas retten til medbestemmelse av beslutningstakerne gjennom den relative vurderingen. Lovgiver har

---

<sup>100</sup> Ot.prp. nr. 29 (2002-2003) s 18 og 61

<sup>101</sup> Aasen(2008) s 19

<sup>102</sup> Ibid s 20



fastslått at det ikke er nødvendig med noen vurdering av barn over denne alderen. Disse barna har alltid krav på medbestemmelsesrett. Aldersgrensene gir barna en merrettighet, og gir deres medbestemmelsesrett en sterkere juridisk forankring.

Et resultat av aldersgrensene er at det lettere kan settes konsekvenser bak brudd på barns medbestemmelsesrett. Har et barn på 13 år ikke hatt anledning til å uttale seg foreligger det et brudd på medbestemmelsesretten. Dette kan føre til at avgjørelsen blir ugyldig. Uten en absolutt grense, må det først vurderes om det er foretatt en forsvarlig vurdering av barnets modenhet. Deretter må det vurderes om barnet faktisk er modent nok til at det bør gis medbestemmelsesrett. Først etter at disse vurderingene er foretatt kan det fastsettes konsekvenser av brudd på retten.

Det kan ikke garanteres at den skjønnsmessige vurderingen alltid foretas på en forsvarlig måte. Det er derfor viktig at de absolutte grensene sikrer medbestemmelsesretten for en stor gruppe barn. En stor andel av barna som har forutsetning for å uttale seg, vil falle inn under gruppen som er sikret av den absolutte medbestemmelsesretten. Gruppen av barn som er sikret, vil som en følge av de ulike grensene, være større etter barneloven enn etter pasientrettighetsloven. Dette kan tale for at grensen for den absolutte medbestemmelsesretten burde være lik etter begge bestemmelsene. Siden barnekonvensjonen ikke har noen absolutt grense vil ingen barn være sikret en rett til medbestemmelse, kun i kraft av sin alder. Etter barnekonvensjonen må hvert barn vurderes konkret.

#### 4.4.2 Den relative grensen

Barn over 12 år skal som vist alltid høres etter pasientrettighetsloven § 4-4(4). Barn under 12 år skal vurderes konkret i det enkelte tilfellet. Etter pasientrettighetsloven skal yngre barn høres etter hvert som "... barnet utvikles og modnes". Frem til barnet er 12 år må det dermed foretas en relativ vurdering av barnet.

Tolkningen av uttrykket "... barnet utvikles og modnes" vil få betydning for i hvilke grad yngre barn enn 12 år gis medbestemmelse etter pasientrettighetsloven. En naturlig språklig forståelse tilsier at barnet skal gis rett til medbestemmelse i tråd med at det blir

eldre. Barn gjennomgår en konstant utvikling. De har en bratt læringskurve og modningsnivået kan endres raskt. Foreldre og helsepersonell må derfor fortløpende vurdere barnets utviklings- og modningsnivå. Barnets evner må vurderes i lys av spørsmålets vanskelighetsgrad. Tas barn tidlig med på beslutningsprosesser, vil de utvikle sin evne til medbestemmelse og refleksjon. Det er viktig at barn tidlig informeres om spørsmål som vedrører dem, og at barnet så tidlig som mulig gis en aktiv rolle.

I vurderingen som foretas før barnet gis medbestemmelsesrett, må det tas hensyn til hvilke spørsmål barnet eventuelt skal uttale seg om. Det kan her få betydning at man befinner seg innen pasientrettighetslovens virkeområde. Noen av spørsmålene som faller inn under dette området er ikke særlig kompliserte. Et eksempel kan her være hvilke farge barnet skal ha på gipsen som legen legger på den brukne armen. Slike spørsmål har selv svært små barn forutsetning for å uttale seg om. Andre spørsmål er svært kompliserte, og vil stille høye krav til barnets utviklings- og modningsnivå. Det kan for eksempel være tilfellet ved spørsmål om barnet skal begynne med medisiner som har alvorlige bivirkninger, men som vil lette plagene barnet har pr. dags dato. Barnet bør tidlig gis medbestemmelsesrett i de enkle spørsmålene. Kretsen av spørsmål barnet kan uttale seg om utvides gradvis etter hvert som barnet modnes. I tvilstilfeller tilsier hensynet til å ivareta barns medbestemmelsesrett at barnet skal høres.

Den skjønnsmessige vurderingen pasientrettighetsloven § 4-4(4) tar sikte på er med på å styrke små barns mulighet til å fremme og overvåke sine rettigheter.<sup>103</sup> Barna som skal vurderes etter den relative grensen er svært unge. Små barn utvikler gradvis sin evne til forståelse og kommunikasjon. Et problem knyttet til små barns rett til å bli hørt er at deres evne til å delta i beslutningsprosesser lett blir oversett.<sup>104</sup> Det er viktig at foreldre og helsepersonell hele tiden har i bakhodet at barnet skal høres, og at deres adgang til dette gradvis skal økes.

Høring av små barn krever tålmodighet og tilrettelegging. Det er derfor viktig at det settes av tid til samtale med barna i en travel hverdag. Mange barn bruker tid på å bli

---

<sup>103</sup> General Comment nr 7 avsnitt 14

<sup>104</sup> I.c.

fortrolige nok til at de uttaler seg til en fremmed. Små barns rett til å bli hørt kan illustreres med et eksempel. Sivert på 5 år skal legges inn på sykehus for å fjerne mandlene. Før operasjonen kan gjennomføres må foreldrene samtykke. Sivert vil ikke ha forutsetning til å bestemme om mandlene skal fjernes eller ikke, men han kan uttale seg om hvordan det er å være mye syk, og om hvordan han tror det er på sykehus. Når de ankommer sykehuset bør Sivert for eksempel høres om hvorvidt han ønsker foreldrene tilstede under operasjonen, om han vil ha det grønne eller det gule rommet, om han ønsker at mamma eller pappa skal overnatte osv.

Det er viktig at barn gis rett til å utfolde seg gjennom retten til å bli hørt, slik at gjennomføringen av retten bidrar til barnets utvikling. Vurderingen av om barnet skal gis en rett til å bli hørt må foretas på en hensiktsmessig måte av kompetente personer. Barnet kan lett bli en passiv deltaker i beslutningsprosessen. Gis barnet ikke medbestemmelsesrett, vil avgjørelsene tas ut fra hva andre mener er til det beste for barnet, uten at hovedpersonen gis anledning til å delta. Selv de aller yngste barna har rett til å si sin mening.<sup>105</sup>

Selv om barnet ikke har forutsetninger for å uttale seg om et inngrep bør gjennomføres eller ikke, skal barnet tas med i beslutningsprosessen. Barnet må informeres om hva som foregår, og det er viktig å lytte til hvordan barnet opplever situasjonen. Selv om barnet ikke gis medbestemmelsesrett i selve beslutningen er det allikevel viktig å ikke overse barnet. Både helsepersonell og foreldrene må hele tiden ha i bakhodet at det er barnets kropp. Medbestemmelsesretten retter seg ikke kun mot beslutninger som skal fattes, men mot alle deler av den medisinske behandlingen. Små barn har ofte forutsetning for å uttale seg om deler av behandlingen. Foreldre og helsepersonell må derfor vurdere om barna bør gis medbestemmelsesrett i deler av den medisinske prosessen, selv om de er for små til å delta i beslutningen.

---

<sup>105</sup>General Comment nr 7 avsnitt 14

#### 4.4.3 Barnets faktiske innflytelse

For at medbestemmelsesretten skal ha noen realitet for barnet, må barnets mening tillegges vekt. Retten til medbestemmelse vil ellers være symbolsk og uten verdi for barnet. Barn skal høres og lyttes til. Det følger av pasientrettighetsloven § 4-4(4) at det skal ”... legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet”. Vekten av barnets mening skal dermed stige proporsjonalt med at barnet modnes og blir eldre.

Det er særlig vurderingen av barnets modenhet som byr på utfordringer når vekten av barnets mening skal fastslegges. Kravet til modenhet varierer i tråd med beslutningen som skal fattes. I vurderingen av barns modenhet må det blant annet tas hensyn til inngrepets betydning og alvorlighetsgrad, muligheten for helbredelse, om barnet samtykker eller motsetter seg behandlingen, barnets helsetilstand og vanskeligheten av risikoavveininger.<sup>106</sup> Det er viktig å huske at det er barnet som pasient som føler behandlingen, eller fravær av denne på kroppen. Vurderingen som må foretas før det er mulig å fastslå vekten av barnets mening er svært sammensatt.

For alvorlig syke barn kan sykdommen komme til et stadium der muligheten for helbredelse er forlatt, og det nå kun dreier seg om livsforlengende behandling. I disse sakene bør barnets mening tillegges avgjørende vekt. Ønsker barnet ikke å utsette seg for den livsforlengende behandlingen, bør barnets mening bli avgjørende. Byr spørsmålet på vanskelige risikoavveininger, kan mye tale for å ilegge barnets mening mindre vekt. Helsepersonell vil her være bedre rustet til å foreta vurderingene. Motsetter barnet seg behandlingen, vil det lett innebære en integritetskrenkelse å gjennomføre behandlingen. Her taler mye for at barnets mening bør tillegges stor vekt. Har inngrepet stor betydning for barnets helsetilstand, taler mye for at helsepersonellets vurdering bør bli avgjørende. Det kan allikevel ikke sies noe bestemt om hvilke vekt barnets mening skal tillegges i det enkelte typetilfellet. Helhetsvurderingen må ta hensyn til alle momentene som foreligger, og barnets mening er her et av flere viktige momenter. Medbestemmelsesretten gir ikke barn rett til å få deres ønske gjennomført, men til å få det vurdert.

---

<sup>106</sup> Aasen(2000) s 563

I enkelte tilfeller kan det foreligge motstridene interesser mellom barnet og foreldrene i spørsmål om helsehjelp.<sup>107</sup> Dette er for eksempel tilfelle der medisinske undersøkelser vil vise at foreldrene utøver vold mot barnet.<sup>108</sup> I de tilfellene der barn er utsatt for vold eller overgrep, vil det være opplagt at det foreligger motstridene interesser. Det vil være i barnets interesse å bli undersøkt, mens foreldrene trolig vil motsette seg undersøkelser i frykt for å bli oppdaget. Andre ganger ønsker ikke barnet å la seg undersøke på tross av foreldrenes ønske. Denne situasjonen kan oppstå der en gynekologisk undersøkelse vil vise at barnet er seksuelt aktivt, der undersøkelser vil vise at barnet bedriver selvskading eller har et rusproblem. Et annet eksempel kan være undersøkelser som vil vise om barnet har et gen som senere i livet kan utløse alvorlig sykdom. Interessekonflikt vil her oppstå dersom en av partene ikke ønsker å vite resultatet. Den vekten som tillegges barnets mening i disse situasjonene vil få stor betydning for hvilke faktisk innflytelse barn gis i medisinske spørsmål.

I tilfeller av interessekonflikt må helsepersonell vurdere hva som vil være til det beste for barnet. Det rettslige utgangspunktet er at foreldrenes mening blir avgjørende så lenge barnet er under den medisinske myndighetsalder, men som vist utgjør barnets beste en skranke for foreldrenes beslutningsmyndighet.<sup>109</sup> Vurderingen av hva som er til barnets beste kan by på store praktiske problemer. Helsepersonell er avhengig av informasjon for å kunne foreta vurderingen. I et tilfelle av interessekonflikt kan informasjonen helsepersonell mottar være farget av partenes standpunkt. Noen ganger kan informasjon kun skaffes gjennom undersøkelse av barnet. Motsetter barnet eller foreldrene seg denne undersøkelsen, gis helsepersonell et mangelfullt informasjonsgrunnlag for å foreta vurderingen.

De fleste behandlingsformer innebærer risikoer som kanskje, kanskje ikke, vil materialisere seg. Dette gjør vurderingen av hva som er til det beste for barnet vanskelig. Den løsningen som er til det beste for barnet i dag, er ikke nødvendigvis det beste for barnet på lang sikt. En behandling som fjerner barnets smerter her og nå, kan føre til store senskader. Vekten som tillegges barnets mening, vil få stor betydning i det

---

<sup>107</sup> Syse(2009) s 317

<sup>108</sup> l.c

<sup>109</sup> Se oppgavens punkt 4.2

tilfellet barnet ønsker en bestemt løsning. Det stilles store krav til både foreldre og helsepersonell om å respektere barnets mening, og til at de tar tilbørlig hensyn til denne.

#### 4.4.4 Når barnet ikke er pasient

Pasientrettighetsloven § 4-4(4) får anvendelse kun i de tilfellene barnet er pasient. Barns medbestemmelse i helsepolitikk og mer generelle helsespørsmål reguleres av den generelle regelen i barnekonvensjonen art 12. Det har vært omstridt i hvilke grad art 12 gir barn rett til å uttale seg som gruppe, og innen hvilke områder barn skal gis rett til å uttale seg. Barnekomiteen fremhever i General Comment nr 12 at retten etter deres syn omfatter barns rett til å uttale seg som gruppe.<sup>110</sup> I hvilke grad retten omfatter barn som gruppe utover bestemte grupper, eks en skoleklasse, er allikevel noe omstridt. Det kan vanskelig leses direkte ut av ordlyden at barn som gruppe omfattes. Det har allikevel gode grunner for seg at definerte grupper av barn skal gis anledning til å uttale seg. Hovedproblemet knyttet til å gi barn som udefinert gruppe rett til å bli hørt er at den praktiske gjennomføringen vil bli vanskelig.

Det kan ikke svares generelt på hvilke områder som omfattes av barns medbestemmelsesrett. Hvert enkelt område må vurderes. Barns medbestemmelsesrett er ikke altomfattende, og det må derfor trekkes en grense. Det fremstår som naturlig å trekke en yttergrense for de områdene der heller ikke voksne har en rett til å uttale seg. Innen det medisinske området er dette en aktuell problemstilling. Barn har en uttalelsesrett innen en rekke generelle helserettslige områder, men lite trolig innen alle. Skal barn for eksempel gis rett til å uttale seg om sykehusbudsjettet, eller om de formelle kravene som stilles til en leges kompetanse?

Utgangspunktet er at barn skal gis rett til å uttale seg om alle deler av helsetjenestene som berører dem.<sup>111</sup> Det innebærer at de skal gis anledning til å uttale seg om behovet for tjenester, hvordan de fungerer, kvalitet og mulighet for forbedringer.<sup>112</sup> Barn skal derfor blant annet gis anledning til å uttale seg om avgjørelser om planlegging av

---

<sup>110</sup> General Comment nr 12 avsnitt 10

<sup>111</sup> General Comment nr 12 avsnitt 104

<sup>112</sup> I.c

forebyggende tiltak, tilrettelegging for lek og aktivitet, informasjonskampanjer for bedre kosthold osv. Avgjørelsene som tas på det generelle helserettslige området kan få stor betydning for barns helse mer allment. Barnekomiteen uttaler at partene må respektere barns rett til å ”express his or her views and to participate in promoting the healthy development and well-being of children”.<sup>113</sup> I dagens samfunn der blant annet fedme blant barn er et stadig økende problem, vil barns medbestemmelsesrett i det forebyggende arbeidet kunne få stor betydning.

Et av problemene knyttet til barns medbestemmelsesrett i generelle spørsmål er muligheten til å sikre barns rett. Som forslag til hvordan dette kan gjøres foreslår barnekomiteen tilbakemeldingssystemer og deltakelse i forskning eller konsultasjonsprosesser.<sup>114</sup> Det stilles krav til planlegging, og til utarbeidelsen av gjennomføringsmekanismer for at retten til å uttale seg i generelle helsespørsmål skal bli reell for barn. Sikres deres rett, kan barn bidra med verdifulle synspunkter, og trekke inn en ny dimensjon i diskusjonen. Deres generasjon vil stå ovenfor nye spørsmål knyttet til helse. For eksempel helseskader av mobilstråling, konsekvenser av inaktivitet, sykdommer knyttet til luftforurensning, fedme osv. Det er derfor viktig å ta barn med i diskusjonen helt fra begynnelsen av. Dette vil også være med på å bevisstgjøre barn om hvilke problemer samfunnet står ovenfor på det helserettslige området.

#### 4.4.5 Konsekvenser av brudd på barns medbestemmelsesrett

Et viktig kjennetegn på en reell rettighet er at det får konsekvenser dersom rettigheten brytes. Barns medbestemmelsesrett utgjør et gyldighetsvilkår for foreldrenes samtykke, og oppstiller en materiell skranke for foreldrenes samtykkekompetanse. Avgir foreldrene samtykke på vegne av barnet uten at barnet har hatt anledning til å uttale seg, vil foreldrenes samtykke være ugyldig. Ved frivillig medisinske behandling utgjør foreldrenes samtykke et rettsgrunnlag for legens behandling av barnet.<sup>115</sup> Er foreldrenes

---

<sup>113</sup> General Comment nr 12 avsnitt 98

<sup>114</sup> Ibid avsnitt 104

<sup>115</sup> Aasen(2000) s 603

samtykke ugyldig, vil dette kunne få rettslige konsekvenser for helsepersonellet.<sup>116</sup> Ved å sette konsekvenser bak brudd på barns medbestemmelsesrett er regelverket med på å sikre barns rett. Uten konsekvenser vil ikke retten kunne håndheves på tilsvarende måte. Medbestemmelsesretten vil uten trusselen om konsekvenser ikke ha like stor betydning for barna.

Det kan være vanskelig å kontrollere om barn har hatt anledning til å uttale seg i medisinske spørsmål. Dette har betydning for muligheten til å tillegge brudd konsekvenser. Et regelbrudd kan vanskelig tillegges konsekvenser dersom det ikke blir oppdaget. Selv om helsepersonell på lik linje med foreldrene skal sikre at barnet gis mulighet til å uttale seg, vil gjennomføringen av medbestemmelsesretten ofte være opp til foreldrene. Muligheten til å benytte medbestemmelsesretten er avhengig av at barnet er klar over at det har en slik rett i medisinske spørsmål. Informasjon til barn om deres rettighet er viktig for å gi barn muligheten til å benytte seg av denne.

Selv om det kan være vanskelig, har helsepersonell en viss mulighet til å kontrollere om barnet har blitt hørt. En mulighet vil være å ha en samtale med barnet om hvordan avgjørelsen ble tatt, og hva barnet synes om dette. For å sikre at helsepersonell tar barns medbestemmelsesrett på alvor, kan det stilles krav om at det må registreres i barnets journal at det har blitt rådspurt. Et slikt dokumentasjonskrav vil sikre barns rett til å bli hørt, og øke bevisstheten rundt barns medbestemmelsesrett. Siden brudd på medbestemmelsesretten kan få rettslige følger for helsepersonell, er det viktig at de informeres om barns rett. Det er videre avgjørende at helsepersonell gis opplæring i hvordan de kan sikre barns medbestemmelsesrett, slik at de føler seg kompetente til å ivareta rettigheten.

#### 4.5 Informasjon

Det knytter seg ofte mye usikkerhet rundt egen helsetilstand. Retten til informasjon er derfor viktig innenfor pasientrettighetslovens virkeområde. Informasjon er en

---

<sup>116</sup> Aasen(2000) s 604



forutsetning for at pasienten skal føle trygghet i en behandlingssituasjon, og for at tilliten til helsevesenet skal opprettholdes.

Barn og foreldres krav på informasjon reguleres av pasientrettighetsloven § 3-4. Hovedregelen fremkommer av første ledd. Både barn og foreldre skal informeres når pasienten er under 16 år. Helsepersonell har dermed en opplysningsrett.<sup>117</sup> Foreldrene må informeres for å kunne avgi et informert samtykke til behandling av barnet. Etter at barnet har fylt 16 år, er hovedregelen at helsepersonell har taushetsplikt overfor foreldrene. Når barnet selv skal samtykke, har foreldrene ikke lenger behov for informasjon. Pasientrettighetsloven § 3-4 er med på å legge grunnlaget for barns medbestemmelsesrett. Informasjon er en elementær forutsetning for en reell rett til medbestemmelse. Hensynet bak informasjonskravet er at det setter barn og foreldre i stand til å ivareta sine rettigheter.

For foreldrene utgjør retten til informasjon et gyldighetsvilkår for deres samtykke.<sup>118</sup> Samtykket må være basert på innsikt i hva spørsmålet gjelder.<sup>119</sup> Foreldrene må kunne sette seg inn i behandlingsalternativer, effekt av behandlingen, bivirkninger og lignende. Uten krav på informasjon vil foreldrene samtykke uten å vite hva de samtykker til. Dette ville vært svært betenkelig ut fra et rettsikkerhetsperspektiv.

Retten til informasjon gjør det mulig å ta stilling til om man ønsker behandlingen eller ikke. Et informert samtykke er med på å ansvarliggjøre pasienten, og for barns tilfelle foreldrene.<sup>120</sup> Når foreldrene tar et valg for sine barn sett i lys av informasjon om risiko, effekt osv, gis de et ansvar for resultatet. Legene har det medisinske ansvaret. De har ansvaret for at informasjonen som gis er tilstrekkelig, og for at inngrepet utføres på en medisinsk forsvarlig måte. Skulle risikoen materialiserer seg, selv om inngrepet er utført på en forsvarlig måte, er foreldrene ansvarlig for sin avgjørelse.

---

<sup>117</sup> Ot.prp.nr 12(1998-1999)merknad til § 3-4

<sup>118</sup> Syse(2009) s 308

<sup>119</sup> Aasen(2000) s 45

<sup>120</sup> Ibid s 47

Pasientrettighetsloven § 3-4(1) gir barn og foreldre krav på informasjon, men bestemmelsen sier ikke noe om hva informasjonen skal bestå i. Dette reguleres av hovedregelen om pasientens rett til informasjon i pasientrettighetsloven § 3-2. Barn og foreldre skal gis informasjon som "... er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger". Hva barnet og foreldrene skal informeres om, må derfor vurderes konkret opp mot den enkelte pasient. Pasientrettighetsloven § 3-2 gir retningslinjer for hvilke informasjon som skal gis, men hva som er risiko og bivirkninger i det enkelte tilfellet vil endre seg fra gang til gang. Krav om informasjonen gjelder ved all form for helsehjelp, og pasienten skal informeres selv ved bagatellmessige inngrep.

Pasientrettighetsloven gir alle barn krav på informasjon. Alle barn, uavhengig av alder, har rett på informasjon om sin helsetilstand og om eventuell behandling for denne.<sup>121</sup> En regel om at alle barn skal informeres stiller krav til den informasjonen som gis. En 5-åring kan ikke informeres på samme måte som et barn på 15. Informasjonen som gis til barnet må med andre ord tilpasses barnets alder og forutsetninger.<sup>122</sup>

#### 4.5.1 Informasjonens form

Mens § 3-4 slår fast en rett til informasjon, og § 3-2 regulerer hvilke informasjon kravet omfatter, reguleres kravene til informasjonens form i pasientrettighetsloven § 3-5. Bestemmelsen oppstiller ingen generelle formkrav. Informasjonen skal gis på en måte som er "... tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger". Det skal herunder tas hensyn til "alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn". Videre skal informasjonen gis på en hensynsfull måte. Retten til tilpasset informasjon gjelder for alle pasienter, men bestemmelsen vil ha særlig stor betydning for barn, minoritetsspråklige og funksjonshemmede.

Det medisinske området er vanskelig tilgjengelig og avgjørelsene som tas vil ha stor betydning. Områdets særegenhet tilsier at det må stilles strenge krav til den informasjonen barna gis. Pasientrettighetsloven § 3-5 åpner for en skjønnsmessig

---

<sup>121</sup> Syse(2009) s 254

<sup>122</sup> I.c.

tilpassning av informasjonen, og det er vanskelig å fastsette generelle formkrav uten at det individuelle budskapet i § 3-5 forsvinner.

Helsepersonell har som oppgave å formidle informasjon på en måte barnet forstår. Pasientrettighetsloven § 3-5 lovfester prinsippet om at informasjonen, uavhengig av hvem som gir den, skal gis på en hensiktsmessig måte.<sup>123</sup> Dette stiller store krav til personlige egenskaper og til helsepersonells fremstillingsevne. Foreldrene har ofte ikke forutsetninger for å bistå barnet med tolkning av informasjonen på det medisinske området. Det medisinske området er ikke bare vanskelig tilgjengelig for barn, men kan også by på utfordringer for voksne. Kravet om at informasjonen skal være individuelt tilpasset gjelder også overfor voksne som skal samtykke på vegne av barn.

Helsepersonell plikter så langt det er mulig å sikre at barna ”har forstått innholdet og betydningen av opplysningene” som er gitt, jf pasientrettighetsloven § 3-5(2). Annet ledd utgjør en kontrollmekanisme, som er med på å sikre at informasjonen er individuelt tilpasset. I de tilfellene informasjonen ikke var tilpasset barnet har de sjelden forstått informasjonen. Har de på tross av at informasjonen ikke var tilpasset forstått denne, er deres krav på informasjon ivaretatt.

Pasientrettighetsloven § 3-5 må ses i sammenheng med pasientrettighetsloven § 3-2(1) og § 4-1.<sup>124</sup> Disse bestemmelsene regulerer pasientens rett til den informasjonen som er nødvendig for å ivareta deres helsetilstand. Det må først fastslås hvilke informasjon barnet har krav på, før det bestemmes i hvilke form denne skal gis.

Manglende språkkunnskaper kan begrunne behovet for tilrettelagt informasjon.<sup>125</sup> Det norske faktaheftet er til liten hjelp når barnet og foreldrene kun leser arabisk. Ved omfattende inngrep må det kanskje hentes inn tolk for å kunne formidle situasjonen. Ved mindre inngrep kan kroppsspråk og litt kreativ fremstillingsevne ofte være tilstrekkelig. Kulturelle forhold kan også medføre behov for spesialtilpasset

---

<sup>123</sup> Syse(2009) s 279

<sup>124</sup> IS-12/2004 s 28

<sup>125</sup> l.c.

informasjon.<sup>126</sup> Noen kulturer er for eksempel svært skeptiske til at kvinnelige leger behandler menn. Andre kulturer kan ha problemer med at barnet behandles i et rom der foreldrene ikke har adgang. I et stadig mer flerkulturelt samfunn vil slike problemstillinger oftere komme på spissen, og igjen vil det stilles krav til helsepersonell. Her stilles det store krav til måten informasjonen formidles på, men det stilles også krav til toleranse og kulturforståelse.

## 5 HPV-vaksinen

Fra og med skoleåret 2009/2010 ble HPV-vaksinen innført som en del av barnevaksinasjonsprogrammet for alle jenter i 7.klasse.<sup>127</sup> Pr 27.11.10 hadde 68 % av jentene som fikk tilbudet om vaksinen latt seg vaksinere.<sup>128</sup> HPV-vaksinen skal beskytte mot humant papillomavirus(HPV) som er årsaken til livmorhalskreft. HPV-viruset finnes i flere former og vaksinen vil beskytte mot HPV 16 og 18.<sup>129</sup> Til sammen står disse virustypene for 70 % av tilfellene av livmorhalskreft.<sup>130</sup> Hvert år får 250-300 norske kvinner konstatert livmorhalskreft og for 75-100 av disse får sykdommen et dødelig utfall.<sup>131</sup>

HPV-infeksjoner er svært vanlig i den norske befolkningen, og det antas at ca 70 % av alle seksuelt aktive vil få en HPV-infeksjon i løpet av livet.<sup>132</sup> I de aller fleste tilfeller vil infeksjonen være symptomfri og forsvinne av seg selv.<sup>133</sup> I ca 10 % av tilfellene vil de smittede utvikle en vedvarende infeksjon som kan lede til forstadiet av livmorhalskreft.<sup>134</sup> Vaksinen virker kun forebyggende, og formålet med vaksinen er at den skal redusere forekomsten av HPV-infeksjoner. På sikt vil vaksinen redusere

---

<sup>126</sup> IS-12/2004 s 28

<sup>127</sup> Folkehelseinstituttets informasjonshefte til barn og foreldre(2010) s 2

<sup>128</sup> Folkehelseinstituttets årsrapport for HPV-vaksine i Barnevaksinasjonsprogrammet 2009/2010(2011) s 2

<sup>129</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 2-3

<sup>130</sup> Ibid s 3

<sup>131</sup> Folkehelseinstituttets informasjonshefte til barn og foreldre(2010) s 3

<sup>132</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 2

<sup>133</sup> I.c

<sup>134</sup> I.c

krefttilfellene fordi HPV-infeksjonen er en forutsetning for å utvikle krefttypen.<sup>135</sup>

Vaksinen vil også redusere antallet operasjoner knyttet til forstadiet av livmorhalskreft.

Hele 3000 norske kvinner opereres årlig for alvorlige forstadier av livmorhalskreft.<sup>136</sup>

Denne operasjonen øker risikoen for senabort og premature fødsler.<sup>137</sup>

HPV-infeksjonen overføres gjennom seksuell omgang.<sup>138</sup> For å kunne forebygge er det derfor viktig at vaksinen gis til jentene før seksuell debut. Gjennomsnittlige debutalder for norske jenter er langt høyere enn 12 år. Dette er begrunnelsen for at vaksinen nettopp gis til 12 år gamle jenter.<sup>139</sup> 12 års grensen utelukker allikevel ikke at noen av jentene kan ha debutert seksuelt.

HPV-vaksinen var meget omstridt da den ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet. Fagmiljøet var innad uenige om effekten av vaksinen, dokumentasjonen av bivirkninger osv, og debatten raste i media. I fagmiljøet stilte Kreftforeningen, Folkehelseinstituttet og Kunnskapssenteret seg positivt til vaksinen, mens Tidsskrift for den norske Legeforeningen, Bioteknologinemnda og Kreftregisteret har utvist skepsis.<sup>140</sup> For allmennheten er det vanskelig å ta et standpunkt når så tunge aktører står på begge sider av debatten. I brev av 14.03.09 til Helse- og omsorgsdepartementet uttrykte Bioteknologinemnda sin skepsis til innføringen av vaksinen, og anmodet om at vaksinasjonen måtte utsettes. Vaksinen ble tross dette innført fra skoleåret 2009/2010. Også legestanden var innad uenige om innføringen av vaksinen, og til Aftenposten den 14.09.10 uttrykker Hanne Nøkleby, divisjonsdirektør ved Folkehelseinstituttet, bekymring for at flere hadde blitt rådet av sin fastlege til å ikke la seg vaksinere.<sup>141</sup>

## 5.1 Konsekvensen av konflikt mellom barn og foreldre

Overfor sine foreldre står jenta og argumenterer sterkt for at hun vil ta vaksinen. Hun legger frem gode argumenter, men foreldrene er ikke til å rikke. Noen hus lenger bort i

---

<sup>135</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 2

<sup>136</sup> Ibid s 4

<sup>137</sup> Ibid s 3

<sup>138</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 2

<sup>139</sup> Folkehelseinstituttets informasjonshefte til barn og foreldre(2010) s 4

<sup>140</sup> Hoffman(2008) s 22

<sup>141</sup> Aftenposten nettutgave 14.09.10 1 av 3 jenter har ikke tatt omstridt kreftvaksine

gata har noen andre foreldre gått over i ”.. sånn er det bare” argumentasjonen. Datteren deres skal vaksineres om hun vil eller ikke. Trampende setter jenta seg til motmæle. Hvorfor skal foreldrene få bestemme?

I de tusen hjem kan det oppstå konflikt mellom barn og foreldre når de blir forelagt spørsmålet om jenta skal vaksineres. Uenighet om vaksineringen kan lett oppstå som en følge av den omfattende debatten som raste i forbindelse med innføringen av vaksinen. Medbestemmelsesretten er absolutt for jentene som er aktuelle for vaksinasjon, siden vaksinen skal gis til 12 år gamle jenter. Jentene skal derfor gis muligheten til å uttale seg om de ønsker å la seg vaksinere.

Et bærende hensyn bak foreldrenes bestemmelsesrett er at foreldrene skal bestemme for barna, i situasjoner der de selv ikke er i stand til å treffe en fornuftig beslutning. Regelens begrunnelse må ligge som et bakteppe ved tolkningen av konfliktsituasjonene. Regelens begrunnelse taler for at barnet selv skal bestemme dersom barnet er i stand til det. En del av det å vokse opp er å lære å ta avgjørelser, og stå ansvarlig for disse. For det tilfellet der barnet selv ikke ønsker vaksinen blir spørsmålet om barnet har en nektelsesrett. For de tilfellene der barnet ønsker å la seg vaksinere, på tross av foreldrenes motforestillinger, er spørsmålet om dette er et område der barnet bør gis utvidet samtykkekompetanse?

#### 5.1.1 Har jentene nektelsesrett?

Når jenta ikke ønsker å la seg vaksinere på tross av foreldrenes ønske, kan det oppstå uenighet på to stadier av beslutningsprosessen. For det første kan uenigheten oppstå før foreldrene har avgitt et gyldig samtykke. Det avgjørende for om jentas mening gis gjennomslag på dette stadiet, vil være hvilke vekt foreldrene tillegger hennes mening. En forutsetning for at det i det hele tatt kan oppstå uenighet er at jenta har hatt anledning til å uttale seg. Avveiningen av barnets mening kontra andre momenter vil her bli det avgjørende for om foreldrene velger å samtykke til vaksinasjon. Videre kan uenigheten vedvare etter at foreldrene har samtykket. Her oppstår spørsmålet om jenta har en nektelsesrett på tross av foreldrenes gyldige samtykke.

Jenter i 7.klasse får utdelt et samtykkeskriv og et informasjonshefte som de tar med hjem til sine foreldre.<sup>142</sup> Ut fra den kunnskapen foreldrene allerede besitter, og informasjonsmaterialet som deles ut, skal foreldrene vurdere om de ønsker å samtykke eller ikke. Gjennom lovverket har jentene en klar rett til å bli hørt, og det skal en del til for å fravike deres synspunkt, men i praksis vil dette være svært vanskelig å kontrollere. På dette stadiet vil foreldrene i stor grad være herre over situasjonen, og de vil få det siste ordet selv om uenigheten er vedvarende. Helsesøster har allikevel en mulighet til å kontrollere at jenta har hatt mulighet til å uttale seg. Når helsesøster mottar samtykkeskjemaet, kan hun gjennom samtale med jenta forsikre seg om at hun er hørt før vaksinasjonen iverksettes. Fremkommer det at jenta ikke har hatt anledning til å uttale seg, er foreldrenes samtykke ugyldig. Samtykkeskjemaet kan da ikke legges til grunn av helsesøsteren.

Hensynet til barnets integritet gjør seg gjeldene ved spørsmålet om barns nektelsesadgang.<sup>143</sup> Egen kropp er i kjernen av den personlige rådhetsfare. Handlinger som utføres på din kropp på tross av dine motforestillinger vil utgjøre en integritetskrenkelse. Konsekvensen av å ikke gi jentene noen nektelsesrett vil være at vaksinen sprøytes inn i kroppen, tross jentenes klare motforestillinger. Skulle vaksinen for eksempel innebære bivirkninger for barnet vil følelsen av krenkelse styrkes ytterligere. Det må her tas hensyn til langtidsvirkningen det kan innebære for barnet og bli utsatt for denne integritetskrenkelsen. Krenkelse av egen kropp kan lett oppleves som traumatisk for barnet.

I sin bok *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*, sier Henriette Sindig Aasen seg enig med Elisabeth Rynning i at barn må ha større rett til å motsette seg behandling enn til og samtykke.<sup>144</sup> Også Lucy Smith og Peter Lødrup tiltrer dette synet i sin bok *Barn og foreldre*.<sup>145</sup> Det kan synes som om det foreligger enighet om dette standpunktet i juridisk teori. De svært personlige avgjørelsene som tas innenfor det medisinske området tilsier en slik tilnærming.

---

<sup>142</sup> <http://www.fhi.no/dokumenter/c2157d3b09.pdf> og Folkehelseinstituttets informasjonshefte til barn og foreldre(2010)

<sup>143</sup> Aasen(2000) s 563

<sup>144</sup> l.c

<sup>145</sup> Smith(2006) s 123

Jentas nektelsesmulighet vil i realiteten først komme på spissen ved møtet med helsesøster. Situasjonen vil da være at helsesøster har mottatt et ferdig utfylt samtykkeskjema fra jentas foreldre, men jenta har fortsatt klare motforestillinger mot å la seg vaksinere. Dette setter helsepersonellet i en vanskelig situasjon. Det er ingen automatikk i at barnet skal vaksineres på tross av sin motvilje selv om foreldrene ønsker dette. Helsepersonell har også en plikt til å vurdere om det er forsvarlig å behandle barnet.<sup>146</sup> Helsesøsteren må vurdere om det er forsvarlig å utsette jenta for den integritetskrenkelsen det vil medføre og bli vaksinert mot sin vilje.<sup>147</sup> I denne vurderingen må det tas hensyn til barnets alder og modenhet, og det må tas hensyn til hvor standhaftig barnet motsetter seg vaksinasjonen.<sup>148</sup> Graden av motforestillinger vil få betydning for i hvor stor grad vaksinasjonen vil utgjøre en integritetskrenkelse. Det må tas hensyn til bakgrunnen for at jenta ikke ønsker å la seg vaksinere. Begrunnelsen for jentas motforestillinger vil inngå i vurderingen av barnets modenhet. Integritetskrenkelsen vaksinasjonen vil innebære gjør det svært betenkelig å vaksinere jentene dersom de ikke ønsker å la seg vaksinere. Vil ikke vaksineringsen kunne gjennomføres uten ved bruk av tvang, vil integritetskrenkelsen være så stor at den kan føre til problemer for barnet. Spørsmålet om det i det hele tatt er adgang til å vaksinere jentene ved bruk av tvang tas ikke opp i denne oppgaven.

Konsekvensen av å gi jentene en nektelsesrett vil være at jentene gis vetorett ovenfor foreldrenes gyldige samtykke. Dette er ikke uproblematisk. Faren vil være at jentene ikke er i stand til å sette seg inn i konsekvensene, og at jentene vil bruke sin vetorett på feil grunnlag. Det kan for eksempel tenkes at jentene motsetter seg vaksinasjon på grunn av sprøyteskrek. På tidspunktet for vaksinasjon er jentene allikevel så store at det vil føles svært krenkende og ikke kunne bestemme over egen kropp. I de tilfellene der jentene har klare motforestillinger, tilsier reelle hensyn derfor at jentene bør gis en nektelsesrett.

---

<sup>146</sup> Aasen(2000) s 562

<sup>147</sup> I.c

<sup>148</sup> Aasen(2000) s 562 og s 564



### 5.1.2 Bør jentene gis utvidet samtykkekompetanse?

For at barnet skal kunne vaksineres er utgangspunktet at foreldrene må fylle ut samtykkeskjemaet, og slik avgi et gyldig samtykke. HPV-vaksinen er frivillig og jenta skal derfor som utgangspunkt ikke vaksineres dersom foreldrene ikke samtykker. Det må allikevel stilles spørsmål ved om foreldrenes nektelsesadgang er like absolutt som den fremstår ved første øyekast.

I forarbeidene til pasientrettighetsloven fremkommer det at; ”det kan tenkes personlige helseanliggender som bør ligge under en normalt utviklet ungdoms rådighetssfære også før fylte 16 år”.<sup>149</sup> Forarbeidene uttrykker ikke i hvilke spørsmål dette vil kunne være aktuelt, men det kan stilles spørsmål ved om vi her står ovenfor et slikt område. Gjennom denne uttalelsen åpner forarbeidene for en utvidet samtykkekompetanse for barn under 16 år på enkelte områder.

Spørsmålet blir dermed om HPV- vaksinasjonen er et av områdene som faller inn under barns utvidede samtykkekompetanse. En yttergrense må oppstilles ved behandling som i lovs form hever den medisinske myndighetsalder. Også behandling som krever større modenhet på grunn av tiltakets art, jf pasientrettighetsloven § 4-3(1) bokstav b, må her omfattes. Lovgiver har i disse tilfellene uttrykkelig regulert samtykkekompetansen. En nedre grense må oppstilles for behandlinger som også kan utføres av andre enn helsepersonell. Bandasjering av en skadet fot, eller nedising av et forstuet håndledd vil her kunne tjene som eksempler. Ved slik behandling må også små barn kunne samtykke.<sup>150</sup> Grensen må trekkes opp et sted mellom disse yttergrensene og det kan vanskelig oppstilles noen fast grense.

Etter at jentene er fylt 12 år skal det i utgangspunktet en del til for å fravike deres mening. Har foreldrene få gode argumenter for å nekte barnet vaksinasjon, men fortsatt nekter, vil mye tale for at barnets mening skal bli avgjørende. Desto mer medbestemmelsesretten styrkes, desto nærmere kommer jenta en selvbestemmelsesrett. Dette er tanken bak den proporsjonalt økende vekten som skal tillegges barnets mening

---

<sup>149</sup> Ot.prp.nr 12(1998-1999) merknader til § 4-3

<sup>150</sup> Aasen(2000) s 567

etter alder og modenhet. Barnet skal få bestemme i stadig flere spørsmål slik at det ikke blir noen sjokkovergang ved fylte 16 år.

Risikoen ved behandlingen må være et viktig moment i vurderingen av om barn kan gis utvidet samtykkekompetanse. Ved behandling som innebærer høy risiko, eller et sammensatt risikobilde, taler gode grunner for å holde fast på 16-årsgrensen. Yngre barn kan ha vanskeligheter med å treffe slike avgjørelser. Begrunnelsen bak regelen vil i dette tilfellet gjøre seg gjeldene ved at barna befinner seg i en situasjon der de ikke er i stand til å fatte beslutninger på egne vegne.

HPV-vaksinen representerer på lik linje med alle vaksiner en viss risiko. I all hovedsak dreier det seg om lette og forbigående bivirkninger som kvalme, svimmelhet og ømhet på stikkstedet, men det kan ikke utelukkes at vaksinen kan føre til mer alvorlige bivirkninger.<sup>151</sup> Sannsynligheten for dette er allikevel liten. I realiteten er risikoen for at vaksinen ikke har like god forebygningsevne som antatt, den alvorligste risikoen ved siden av de lette bivirkningene. Siden risikoen er liten og den forventede helseeffekten stor, taler mye for at jentene kan samtykke på egen hånd. Risikoen vil ikke være større enn ved for eksempel p-piller, noe norske jenter under 16 år samtykker til på egne vegne hver eneste dag.

I motsetning til ved spørsmålet om nektelsesrett, vil det ikke utgjøre noen integritetskrenkelse ovenfor barnet, dersom det blir nektet vaksinen på tross av ønsket om å la seg vaksinere. På en annen side er det jenta som må ta konsekvensen av eventuell senere smitte dersom hun ikke blir vaksinert. Det kan være vanskelig og hankses med det faktum at den vaksinen du ønsket å ta, men ble nektet, kunne spart deg for smertefulle operasjoner og kreftbehandlinger.

I første omgang bør det etterstrebes at barnet høres av foreldrene, og at de lar barnets mening være avgjørende, dersom ikke helsemessige grunner taler for at jenta ikke bør vaksineres. Skulle foreldrene enten ignorere barnets medbestemmelsesrett helt, eller ikke tillegge jentas mening avgjørende vekt, taler gode grunner for å la jentene selv

---

<sup>151</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 5

bestemme. Det lave risikobildet sett i lys av den potensielt store helseeffekten tilsier at jentene skal kunne samtykke til vaksinen, og dermed beskytte egen kropp. Et velbegrunnet standpunkt ovenfor foreldrenes mening viser at barnet selv er modent nok til å fatte avgjørelsen. Begrunnelsen for foreldrenes samtykkekompetanse vil da ikke gjøre seg gjeldene. Reelle hensyn tilsier at HPV- vaksinasjonen er et av de medisinske områdene der barn bør gis en utvidet samtykkekompetanse ved konflikt med foreldrene.

## 5.2 Rettslige konsekvenser av seksuell debut

I 2002 var den gjennomsnittlige debutalder for norske jenter 17,1 år.<sup>152</sup> I Ung i Norge undersøkelsen, foretatt av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring(NOVA) i 2002, viser det seg at norske jenter stadig tidligere debuterer seksuelt.<sup>153</sup> Gjennomsnittsalderen innebærer at en stor andel jenter debuterer både før og etter 17 års alderen. For helsepersonell som skal gjennomføre HPV-vaksinasjonen er det ikke utenkelig at noen av jentene allerede har debutert seksuelt. Seksuell debut setter flere av pasientrettighetslovens regler på spissen, og det må derfor stilles spørsmål ved om seksuell debut får juridiske konsekvenser knyttet til HPV-vaksinasjonen.

Det rettslige utgangspunktet er at det må foreligge et gyldig samtykke fra jentas foreldre før jenta kan vaksineres. For at samtykket skal være gyldig må samtykket blant annet være basert på tilstrekkelig informasjon om vaksinen, dens bivirkninger og jentas helsemessige forhold. Dersom jenta forteller helsesøsteren at hun har debutert seksuelt, uten at foreldrene besitter denne informasjonen, oppstår spørsmålet om dette gjør foreldrenes samtykke ugyldig.

Jentas seksuelle debut får nemlig konsekvenser for vaksinens antatte virkning. Det fremkommer av Folkehelseinstituttets informasjonsmateriell at; ”de fleste blir smittet av HPV-infeksjon i ung alder, tidlig i sitt seksuelle liv. HPV-vaksinen er forebyggende og vil derfor ha best virkning hvis den gis før seksuell debut.”<sup>154</sup> Vaksinen har vist 90 %

---

<sup>152</sup> Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992,1997 og 2002* s 6

<sup>153</sup> Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring(Nova) ”likestillingsprosjektets” barn *Endringer i kjønnsforskjeller blant ungdom fra 1992-2002* NOVA rapport 21/5 s 126

<sup>154</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 5

beskyttelse mot vedvarende HPV-infeksjon som er forårsaket av HPV 16 og 18.<sup>155</sup> Forutsetningen for det gode resultatet er at jentene på vaksinasjonstidspunktet ikke er smittet av HPV 16 og 18.<sup>156</sup> Etter seksuell debut kan det ikke utelukkes at jentene er smittet, og forutsetningen som er lagt til grunn for vaksinenes gode resultat kan derfor være endret. Det er tilstrekkelig med en seksualpartner for at smitte kan oppstå, og vaksinasjonen vil ikke være til noen nytte dersom jenta er smittet av HPV 16 og 18.<sup>157</sup>

Informasjon om at jenta har debutert seksuelt endrer forutsetningene for det faktagrunnlaget som er lagt til grunn ved foreldrenes vurdering. Informasjon om vaksinenes antatte virkning, og risikoene forbundet med vaksineringen er viktig for at foreldrene skal kunne avgi et informert samtykke. Siden antatt virkning er en så viktig del av informasjonsgrunnlaget, vil foreldrene ikke ha forutsetninger for å fatte et informert samtykke når de ikke er klar over datterens seksuelle debut. Det kan stilles spørsmål ved om foreldrene hadde endret standpunkt selv om de var forelagt den nødvendige informasjonen. Det avgjørende er allikevel at all relevant informasjon skal være tilgjengelig på samtykketidspunktet. Har foreldrene avgitt samtykke uten å være klar over jentas seksuelle debut, blir den rettslige konsekvensen derfor at deres samtykke er ugyldig.

Det rettslige utgangspunktet ved et ugyldig samtykke er at jenta ikke skal vaksineres. Spørsmålet er da hva som skjer dersom jenta selv fortsatt ønsker å la seg vaksinere. Som vist over kan det stilles spørsmål ved om vi her befinner oss innenfor et område der barnet bør gis utvidet samtykkekompetanse. Av informasjonsmaterialet fremgår det at når jentene har debutert seksuelt, bør helsesøster ”gjøre en individuell vurdering av sannsynlig nytte av vaksinen”.<sup>158</sup> Legges det til grunn at jentene har en utvidet samtykkekompetanse, må jentene som en følge av dette i samarbeid med helsesøster beslutte om de skal vaksineres eller ikke. Samtykkekompetansen deles her mellom jentene og helsesøsteren.

---

<sup>155</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 5

<sup>156</sup> I.c

<sup>157</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 7

<sup>158</sup> I.c

Dersom jenta ikke ønsker å la seg vaksinere som en følge av det endrede grunnlaget, kommer nektelsesretten på spissen. Som vist over taler gode grunner for at jenta bør ha en nektelsesrett. Jentene bør i alle tilfeller ha en nektelsesrett der vaksinens antatte virkning reduseres. Reduseres virkningen vil jentene kun bli utsatt for bivirkningene ved vaksinasjonen.

### 5.2.1 Helsesøsters informasjonsplikt

Gis jenta nektelsesrett kommer helsesøsterens informasjonsplikt ovenfor foreldrene på spissen, jf pasientrettighetsloven § 3-4. Utgangspunktet er at foreldrene skal informeres når pasienten er under 16 år. Her vil det være snakk om informasjon om at jenta ikke har mottatt vaksinen, selv om foreldrene samtykket til dette, og informasjon om at bakgrunnen for den manglende vaksinasjonen var jentas seksuelle debut. I det tilfellet jenta ikke har noen motforestillinger mot at denne informasjonen gis til foreldrene, oppstår det ingen juridiske problemer. Problemer oppstår først i de tilfellene der jenta motsetter seg at informasjonen gis. Spørsmålet er om denne informasjonen faller inn under unntaket i pasientrettighetsloven § 3-4(2). Det vil innebære at jenta kun trenger å oppgi grunner som bør respekteres for å utløse en taushetsplikt hos helsesøsteren. Faller informasjonen inn under unntaket oppstår spørsmålet om foreldrene allikevel har krav på informasjon i kraft av sitt foreldreansvar, jf pasientrettighetsloven § 3-4(3).

Vaksinen gis til friske barn og en eventuell vaksinasjon vil derfor ikke få noen betydning for barnets helse på vaksinasjonstidspunktet. Dersom jenta aldri utvikler celleforandringer, vil vaksinen ikke ha noen konkret betydning for jentas helsetilstand. Skulle jenta en gang i fremtiden bli smittet, ville en vaksinasjon kanskje ha forhindret dette, og konsekvensen av at jenta ikke lot seg vaksinere blir her tydelig. Det kan ikke garanteres at vaksinen har like stor forebyggende effekt etter seksuell debut, og jenta kan derfor risikere at hun kun blir utsatt for bivirkningene. Hvilke betydning det vil ha for barnets helse og ikke la seg vaksinere er dermed vanskelig å fastslå. En del av foreldreansvaret er å ivareta barnets helse. Forutsatt at jenta gis utvidet samtykkekompetanse og nektelsesrett, vil foreldrene ikke ha behov for informasjon om den manglende vaksinasjonen for å ivareta sitt foreldreansvar. Barnet har her selv tatt avgjørelsen i samråd med helsesøster. Dette taler for at informasjon om at vaksinen ikke

er tatt faller inn under unntaket i pasientrettighetsloven § 3-4(2). Ønsker ikke jenta at foreldrene skal informeres må hun gjøre kjent sine motforestillinger overfor helsesøsteren. I tillegg må hun oppgi grunner for dette som bør respekteres. Jenta vil da utløse en taushetsplikt for helsesøsteren overfor jentas foreldre.

Spørsmålet er så om informasjon knyttet til at jenta har debutert seksuelt er noe foreldrene trenger for å kunne ivareta sitt foreldreansvar. Egen seksualitet er svært personlig, og hensynet til personlig integritet tilsier at dette er noe man i størst mulig grad har rett til å holde for seg selv. På en annen side har jentas alder her betydning. Den seksuelle lavalder i Norge er 16 år, jf straffeloven § 196. Har jenta debutert på tidspunktet for vaksinasjon har hun debutert før hun har passert den seksuelle lavalder. Det kan derfor ikke utelukkes at det har skjedd noe kriminelt. En så tidlig seksuell debut kan også vitne om problemer på andre områder. Det er derfor viktig at helsesøster foretar en vurdering av det konkrete barnet i forbindelse med at hun får vite om at jenta har debutert seksuelt. Er det her en jente som har utforsket sammen med sin jevn gamle venn, eller står man ovenfor en situasjon av utnytting eller enda verre misbruk. Tyder jentas forklaring på at det har skjedd noe kriminelt, har foreldrene krav på denne informasjonen. Informasjonen vil da være viktig for at foreldrene skal kunne ivareta sitt foreldreansvar. Hvilke grunner jenta har for at hun ikke ønsker at foreldrene skal informeres, må her tas med i vurderingen. Det kan derfor vanskelig svares absolutt på om dette er informasjon som faller inn under unntaket i annet ledd eller unntaket fra unntaket i tredje ledd. Situasjonen må her vurderes konkret for det enkelte barn.

## **6 Avslutning – teorien og det virkelige liv**

Samfunnet har opp gjennom historien endret synet på barns rolle i samfunnet. I dag anerkjennes barn som samfunnsdeltakere, og de gis anledning til å delta. Gjennom utviklingen av barns medbestemmelsesrett gis barn en stadig større og viktigere rolle i samfunnsbildet.

Barns medbestemmelsesrett har, som vi har sett, en sterk lovforankring i Norge. En juridisk forankring er et viktig steg for å sikre barns medbestemmelsesrett. Det første steget er tatt i Norge. Barn har en lovbestemt rett til medbestemmelse på de fleste områder. Barnekonvensjonen fungerer som et sikkerhetsnett på områdene der spesiallovgivningen ennå ikke har fastslått barns rett. Neste steg i å sikre barns medbestemmelsesrett, er den praktiske gjennomføringen. Også dette trinnet er Norge i ferd med å bestige. Arbeidet med å sikre barns medbestemmelsesrett er en vedvarende prosess, og det vil alltid være rom for forbedringer.

Informasjon om barns rettigheter er viktig i arbeidet med å videreutvikle barns rett til medbestemmelse. Ulike samfunnsaktører må informeres, og bevisstgjøres om retten barn har til å uttale seg. Offentlige beslutningsprosesser blir lett formelle og byråkratiske, og det er lett å glemme de minste stemmene. Barn har en iboende kreativitet som ennå ikke er slipt til av samfunnets normer. Deres tanker kan utgjøre nyttige innspill, og tilføre en ny dimensjon til prosessen.

Helsevesenet må fortsette å legge til rette for medbestemmelse i de tilfellene barnet er pasient. Det er viktig at barnet ikke kommer i annen rekke. For å ivareta medbestemmelsesretten må pasienters rettigheter utvikles ytterligere, og helsevesenet må være bevisst den særskilte sårbarheten barn innehar som pasient. I generelle helsespørsmål vil det være viktig å bevisstgjøre barn. For å forebygge fremtidige helseproblemer må arbeidet begynne tidlig. Holdninger og risikofaktorer barn får i oppveksten vil de ta med seg inn i voksenlivet. For å sikre at barn bringer med seg erfaringer som fremmer god helse, er det viktig å ta barn med i den forebyggende prosessen. Barn vet selv best hvilke virkemidler som fungerer på deres aldersgruppe. Beslutningstakerne må ta barn med i vurderingene, og la de komme til orde med sine innspill.

Diskusjonen rundt innføringen av HPV-vaksinen var krass og omfattende. Diskusjonen har i dag til en viss grad stilnet, men den vil nok raskt blusse opp igjen dersom det meldes om bivirkninger utenom det vanlige. Det kan ta fra 10-30 år før en

HPV-infeksjon utvikles til livmorhalskreft.<sup>159</sup> Resultatet av om vaksinen har den forebyggende effekten tilhengerne hevder, vil derfor først foreligge mange år frem i tid.<sup>160</sup> Gjennomføringen av HPV-vaksinasjonen viser at barns medbestemmelsesrett tas på alvor. På første side i informasjonsmaterialet som deles ut til barn og foreldre presiseres det at jentene skal tas med på avgjørelsen, og at de skal være godt informert.<sup>161</sup> Dette gjentas også på samtykkeskjemaet som foreldrene skal fylle ut. Barns medbestemmelsesrett er dermed formelt ivaretatt ved HPV-vaksinasjonen, men dette er ikke tilstrekkelig. Det må sikres at barna gis en reell rett til medbestemmelse. Arbeidet med den praktiske gjennomføringen må derfor fortsette slik at barna gis den retten det fremgår av dokumentene at de har. Beslutningstakerne kan ikke se seg fornøyd med at barn har en rett på papiret.

Det er viktig å fremme barns rett som aktive deltakere, men det er også viktig å la barn være barn. Ikke alle temaer er egnet for barns ører, og mange temaer er for kompliserte til at barn har forutsetninger for å uttale seg om disse. Det er derfor essensielt at barns medbestemmelsesrett sikres som nettopp en rett og ikke en plikt. Man må etterstrebe at barn gis mulighet til å uttale seg, men også respektere deres ønske om å forholde seg tause. Barn er i en voksenstyrt verden en utsatt gruppe. Barn trenger derfor sine beskyttere som løfter dem opp og frem, og sikrer gjennomføringen av de rettighetene de har krav på.

Det er ofte fra barn man hører sannheten. Det er derfor bare opp til de voksne å lytte.

---

<sup>159</sup> Folkehelseinstituttets faktahefte(2009) s 3

<sup>160</sup> Ibid s 5

<sup>161</sup> Folkehelseinstituttets informasjonshefte til barn og foreldre(2010) s 2



## **7 Litteraturliste**

### **Lovregister**

- 1902 Almindelig borgerlig Straffelov (straffeloven) av 22.mai 1902 nr 10.
- 1927 Lov om vergemål for umyndige av 22.april 1927 nr 3
- 1973 Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m(transplantasjonsloven) av 09. februar 1973 nr 6
- 1975 Lov om svangerskapsavbrudd(abortloven) av 13. juni 1975 nr 50
- 1977 Lov om sterilisering(steriliseringsloven) av 03. juni 1977 nr 57
- 1981 Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981 nr. 7
- 1989 FNs konvensjon om barnets rettigheter(barnekonvensjonen) 20.november 1989
- 1992 Lov om barneverntjenester (barnevernloven) av 17.juli 1992 nr 100
- 1999 Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 02. juli 1999 nr 63
- 1999 Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett(menneskerettighetsloven) av 21. mai 1999 nr 30
- 1999 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 02. juli 1999 nr 64
- 2008 Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) av 20.juni 2008

### **Forarbeider**

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| Ot.prp. nr 62(1979-1980)    | Om lov om barn og foreldre(barneloven)  |
| Ot.prp.nr 12(1998-1999)     | Lov om pasientrettigheter(pasientrettighetsloven)   |
| Ot.prp. nr 29(2002-2003)    | Om lov om endring i barneloven mv.(Nye saksbehandlingsregler I barnefordelingssaker for domstolene mv.) |
| Ot.prp.nr.45 (2002-2003)    | Om lov om endring i menneskerettsloven mv. (innarbeiding av barnekonvensjonen i norsk lov)              |
| Ot.prp. nr. 65 (2005-2006)  | Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.                             |
| Ot.prp. nr. 104 (2008-2009) | Om lov om endringer i barnelova mv.   |

NOU 2008 nr.9

Med barnet i fokus – en gjennomgang av barnelovens regler om foreldreansvar, bosted og samvær

### **Rundskriv**

2001 Rettslige problemstillinger i forhold til kvinnelig omskjæring.

Rundskriv IK 20/2001 fra Statens helsetilsyn

2004 Lov om pasientrettigheter. Rundskriv IS 12/2004 fra Helse- og sosialdirektoratet

2004 Om saksbehandlingsregler i barnefordelingssaker for domstolene og høring av barn. Veileder Q-15/2004 fra Barne- og familiedepartementet

### **General Comments**

CRC-General Comment No 5: General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (arts. 4, 42 and 44, para. 6) 2003

CRC-General Comment No 7: Implementing child rights in early childhood 2005

CRC-General Comment No 9: The rights of children with disabilities 2006

CRC- General Comment No 12: Childrens Right to be heard 2009

### **Bøker**

Backer, Inge Lorange *Barneloven kommentarutgave*. 2.utgave. Oslo. 2008.

Haugli, Trude *Det mangfoldige barnets beste* Bonus Pater Familia, festskrift til Peter Lødrup 70 år. 1.utgave. Oslo. 2002.

Høstmælingen, Njål, Eli Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg(red) *Barnekonvensjonen – barns rettigheter i Norge*. 1. utgave. Oslo. 2008.

Sandberg, Kirsten *Tilbakeføring av barn etter omsorgsovertakelse* Oslo. 2003.

Gyldendal rettsdata elektronisk utgave

Smith, Lucy og Peter Lødrup *Barn og foreldre*. 7.utgave. Oslo. 2006.

Svensson, Gustav *Barns rätt i hälso- och sjukvård*. 1.utgave. Göteborg. 2007.

Syse, Aslak *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. 3.utgave. Oslo. 2009

Aasen, Henriette Sindig *Pasientens rett til selvbestemmelse ved medisinsk behandling*. 1. utgave. Bergen. 2000.

### **Artikler**

Haugli, Trude *Til barnets beste. Familiebilder-familiemønstre i endring* Kirke og kultur 2004 (sitert fra Lovdata)

Haugli, Trude *Lov om barn og foreldre* Jussens Venner 2007 nr 6 (sitert fra Idunn)

Haugli, Trude *Barns rettssikkerhet* Rettshjelp fra kyst til vidde – Festskrift til Jusshjelpa i Nord-Norge 20 år 2009 (sitert fra Lovdata)

Smith, Lucy *Barns menneskerettigheter. Særlig om barns medbestemmelsesrett* Jussens Venner 1981 (sitert fra Lovdata)

Smith, Lucy *Barnets beste og barnets uttalerett* Tidsskrift for Familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål 2004 (sitert fra Gyldendal rettsdata)

Stang, Elisabeth Gording *Barnets rett til deltakelse i barnevernssaker* Kritisk juss 2007 (sitert fra Lovdata)

Syse, Aslak og Anne Kjersti Befring *Barn kan få blod uten foreldrenes samtykke* Tidsskrift for Den norske Legeforening nr 17-2003  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=881449](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=881449) (sitert 10.02.11)

Søvig, Karl Harald *Barnets rettigheter på barnets premisser - utfordringer i møtet mellom FNs barnekonvensjon og norsk rett* Det juridiske fakultets skriftserie, UiB nr. 115 2009 (sitert fra Lovdata)

Thuen, Harald og Hilchen Sommerschild *Foreldre – til barns beste, om barneoppdragelse før og nå.* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/ryddemappe/bua-avdeling/foreldre---til-barns-beste.html?id=275337> (sitert 28.01.11)

Aasen, Henriette Sinding *Barns rett til selvbestemmelse og medbestemmelse i beslutninger om helsehjelp. I:* Tidsskrift for Familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål. 2008-1 s 5-27 (sitert fra Rettsdata)

## Diverse

Bioteknologinemda *Betenkligheter ved innføring av HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet – Bioteknologinemda anmoder om å utsette oppstart* Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 14.03.09

Dommerud, Trine *1 av 3 jenter har ikke tatt omstridt kreftvaksine* Aftenpostens nettutgave 14.09.10 <http://www.aftenposten.no/nyheter/article3809676.ece> (sitert 09.02.11)

Folkehelseintuituttet *Faktahefte Humant papillomavirus(HPV), livmorhalskreft og HPV-vaksine* Oslo 2009

Folkehelseintituttet *Informasjon til barn og foreldre om HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet* Oslo 2010

Folkehelseinstituttet *Årsrapport for HPV-vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet 2009/2010* Oslo 2011

Haugli, Trude *Sivilrettslige problemer i forhold til tenåringer* Foredrag på

Det 35.nordiske juristmøte 1999 (sitert fra Lovdata)

Hoffmann,Bjørn *Vaksiner mot humant papillomavirus(HPV). Etiske aspekter ved innføringen av profylaktiske HPV-vaksiner* Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Rapport Nr 22-2008. Oslo 2008

Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992,1997 og 2002*

<http://www.fhi.no/dav/917F03B512B94037B579FDF6F4631EF5.pdf> (sitert 10.03.11)

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring(Nova)

*"likestillingsprosjektets" barn. Endringer i kjønnsforskjeller blant ungdom fra 1992-2002* NOVA rapport 21/5 s 126

Sandberg,Kirsten *Kommentar til Barneloven* Gyldendal rettsdata

Sandberg, Kirsten *Kommentar til Barneloven* Norsk lovkommentar (sitert fra lovdata)

Syse,Aslak *Kommentar til pasientrettighetsloven* Gyldendal rettsdata.

### Nettsider

Folkehelseinstituttets nettsider [www.fhi.no](http://www.fhi.no) (sitert 15.04.11)

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

[http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IV-11&chapter=4&lang=en](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en) (sitert 19.01.11)

Redd barna <http://www.reddbarna.no/nyheter/haaper-at-norge-snur> (sitert 16.03.11)

Wikipedia <http://no.wikipedia.org/wiki/Vannkopper> (sitert 14.02.11)

